



Universitat de Lleida

Facultat d'Infermeria

Treball Final de Grau

Disseny d'un programa multidisciplinari de Promoció de la Salut:

“Hàbits saludables als infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social”

Realitzat per: Maricel Call Mora

Tutora: Dra. Ana Lavedán Santamaria

Grau d'Infermeria

Curs acadèmic:2014/2015

Lleida, 15 de Maig del 2015

***“Nunca he invitado a mis amigos de clase a casa...pienso en todas las preguntas que no podría contestar. ¿Dónde trabaja tu padre....? ¿Qué podría decir?
Mi padre recibía ayudas sociales en ese momento, como mi madre.
Me juzgaban por lo que hacían mis padres, o en este caso, por lo que no hacían.”***

Nen de 14 anys de Noruega

RESUM

Títol: DISSENY D'UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARI DE PROMOCIÓ DE LA SALUT: "HÀBITS SALUDABLES ALS INFANTS EN SITUACIÓ DE POBRESA Y RISC D'EXCLUSIÓ SOCIAL"

Introducció: La pobresa infantil es una problema existent anterior a la crisi econòmica, a partir de la qual ha incrementat exponencialment la seva prevalença. En el 2014 Espanya presenta un 32'3% de pobresa infantil, en què la comunitat autònoma més afectada es Extremadura, envers Catalunya, la qual es posiciona en cinquè lloc de les comunitats menys afectades.

Els estudis realitzats mostren que els infants són vulnerables a l'entorn i els recursos familiars. Aquesta situació genera unes conseqüències en la salut dels infants a curt i llarg termini, el qual es tradueix en un increment del cost sanitari. Entre aquestes conseqüències destaquen el increment de l'obesitat infantil, la depressió, l'ansietat, alteracions en les capacitats socials, absentisme escolar i baix rendiment acadèmic, tendència a les addiccions, entre d'altres.

Objectius: Disminuir les conseqüències generades en la població infantil per la situació familiar de baixos recursos i risc d'exclusió social mitjançant la implantació d'un programa d'intervenció multidisciplinari centrat en la promoció dels hàbits saludables.

Intervenció: Està destinada a la població infantil de 0 a 17 anys, residents a la comarca de la Noguera. Aquesta es basa en el disseny d'un estudi descriptiu, que permetrà conèixer la situació actual; i el disseny del programa d'intervenció a fi de promocionar i educar en hàbits saludables a la població seleccionada, així com de les seves famílies. Finalment, es realitzarà l'avaluació d'aquests, mitjançant un estudi quasi experimental pre i post, aquesta última en dos fases, la primera 2 mesos posterior i la segona 12 mesos posterior al programa.

Mètode: La selecció de la població per portar a terme l'estudi descriptiu serà aleatòria i estratificat a través del padró municipal dels municipis de la Noguera. Pel qual es dissenya un qüestionari basat en l'indicador europeu AROPE, el qual valora la pobresa relativa, pobresa absoluta i el risc d'exclusió social, així com dades sociodemogràfiques d'interès.

El programa estarà destinat a la població seleccionada de manera aleatòria d'aquells que presentin un o més dels indicadors de l'ARPE, anteriorment enquestats. Es basarà en la promoció i educació sanitària dels hàbits saludables en la població infantil, concretament

aquells que presenten major alteració en aquest grup poblacional. Es durà a terme durant un període de 60 dies, en els mesos de setembre i octubre, en cinc municipis (Balaguer, Artesa de Segre, Ponts, Albesa i Valfogona de Balaguer); realitzat per professionals d'infermeria amb col·laboració d'un treballador social i un psicopedagog, pertinents a cada municipi. Les activitats estaran dirigides als infants, als pares i també es destinaran activitats conjuntes.

En el cas de l'estudi quasi experimental es dissenya un qüestionari específic per poder valorar l'efectivitat del programa que s'aplicarà en la fase pre i post, aquesta darrera als 2 i als 12 mesos posterior.

Conclusió: L'elevada prevalença de la pobresa infantil ha fet necessari l'establiment d'un indicador consensuat. Les polítiques executades per fer front al problema emergent es mostren poc efectives. Tanmateix, existeix una manca de programes destinats aquest grup poblacional, dels quals no existeix una posterior avaluació possiblement a conseqüència la novetat del increment i que requereix estudis amb resultats a llarg termini.

Així doncs , es presenta una finestra per les investigacions científiques en aquest àmbit que permetin valorar l'efectivitat dels programes i el disseny d'instruments de mesura.

Paraules clau: pobresa infantil, conseqüències de la pobresa en la infància, efecte de la pobresa en la infància, programes pobresa infantil, polítiques socials

RESUMEN:

Título: DISEÑO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: "HÁBITOS SALUDABLES A LOS NIÑOS EN SITUACIÓN DE POBREZA Y RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL"

Introducción: La pobreza infantil es un problema ya existente anterior a la crisis económica, que a consecuencia esta se ha incrementado exponencialmente su prevalencia. En el 2014 España presenta un 32'3% de pobreza infantil, siendo Extremadura la comunidad autónoma más afectada y, situando Cataluña en el quinto lugar con menos afectación.

La evidencia científica muestra que los niños son vulnerables a su entorno y a los recursos familiares. Esta situación genera consecuencias en la salud de los niños a corto y largo plazo, el cual se traduce en un incremento del coste sanitario. Entre estas consecuencias destacan el incremento de la obesidad, la depresión, la ansiedad, alteraciones en las capacidades sociales, absentismo escolar y disminución del rendimiento académico, tendencia a las drogadicciones, entre otras.

Objetivos: Disminuir las consecuencias generadas en la población infantil por la situación familiar de bajos recursos y riesgo de exclusión social mediante la implantación de un programa de intervención multidisciplinar centrado en la promoción de los hábitos saludables.

Intervención: Esta está destinada a la población infantil de 0 a 17 años, residentes en la comarca de la Noguera. Se realiza los diseño de un estudio descriptivo que permitirá conocer la situación actual, el diseño del programa de intervención con el objetivo de promocionar y educar en hábitos saludables a la población seleccionada, así como, de sus familias. Finalmente, se realizará la evaluación del programa, mediante un estudio casi experimental pre y post, esta última dividida en dos fases, los primeros 2 meses posteriores y la segunda 12 meses posterior a l programa.

Método: La selección de la población para realizar el estudio descriptivo se realizará de forma aleatoria y estratificada por los municipios de la Noguera, mediante el padrón municipal. Como instrumento se diseña un cuestionario basado en el indicador europeo AROPE, el cual valor la pobreza relativa, la pobreza absoluta y el riesgo de exclusión social. También se incluyen datos socio demográficos de interés.

El programa estarà destinat a la població seleccionada aleatoriament que presenten uno o més de los indicadores del AROPE, anteriormente encuestados. Este se basará en la promoción y educación sanitaria de los hábitos saludables en la población infantil, concretamente aquellos que presentan mayor alteración en este grupo poblacional. Se llevará a cabo durante un período de 60 días, en los meses de septiembre y octubre, en cinco municipios (Balaguer, Artesa de Segre, Ponts, Albesa y Valfogona de Balaguer) de forma simultánea. Será realizado por profesionales de enfermería con colaboración de un trabajador social y un psicopedagogo pertenecientes a cada municipio. Las actividades estarán dirigidas a los niños de 0-17 años y sus familias, realizando actividades conjuntas y por grupos.

Para la evaluación de dicho programa se diseña un estudio casi experimental, en el cual mediante un cuestionario auto diseñado se evalúa su efectividad pre y post, este último a los 2 meses y a los 12 meses posterior a la finalización del programa.

Conclusión: La elevada prevalencia de la pobreza infantil ha hecho necesario la creación de un indicador consensuado a nivel europeo. Las políticas ejecutadas para hacer frente al problema emergente se muestran poco efectivas hasta el momento. Aún así, existe una carencia de programas destinados a este grupo poblacional, de los cuales no se ha podido encontrar una posterior evaluación, posiblemente a consecuencia del novedoso incremento y de la necesidad de estudios que adquieren resultados a largo plazo.

Así pues, se presenta una nueva ventana para las investigaciones científicas en este ámbito que permitan el diseño de programas a esta comunidad, valora su efectividad y diseñar instrumentos de medida.

Palabras clave: pobreza infantil, consecuencias de la pobreza en la infancia, efecto de la pobreza en la infancia, programas para la pobreza infantil, políticas sociales.

ABSTRACT

Title: DESIGN OF A MULTIDISCIPLINARY PROGRAM TO PROMOTION OF HEALTH: "HEALTHY HABITS TO THE CHILDREN IN A POVERTY AND RISK OF SOCIAL EXCLUSION SITUATION"

Introduction: The childish poverty is a problem which exists since the economic crisis. As a consequence it has increased his importance. Spain had a 32,3 % of the childish poverty on 2014. The most affected community was Extremadura and Catalonia was in the fifth place of the less affected communities.

The studies which have been realised show that children are vulnerable for the context and the family's resources.

On one hand, this situation generates some consequences in the children's health to short and long term which it means an increasing of the sanitary cost. Moreover, on the other hand, there are more consequences like childish obesity, depression, anxiety, alterations in the social capacities, school absenteeism and low academic marks, trend to addictions and so on.

Aim: Diminish the consequences generated in the childish population caused by the familiar situation with low resources and risk of social exclusion by the implantation of a multidisciplinary program intervention which it will be focused in the promotion of healthy habits.

Intervention: This intervention is designed for childish population of 0 to 17 years who are living in "La Noguera".

The design of a descriptive study that will allow to know the current situation, the design of the intervention program with the aim to promote and educate the population selected and his families in the healthiest habits. Finally, we will make the evaluation before and after by an experimental study. The last part will be in two phases, the first one two months later and the second one twelve months after the programme.

Method: The selection of the population to carry out the descriptive study will be randomized and stratified with all the municipalities of "La Noguera" by census. For this reason it is designed a survey based on AROPE European Indicator which assesses the relative poverty, the absolute poverty and the risk of social exclusion, as well as socio-demographic numbers.

This program is aimed randomly from those who get one indicator or more on the previous AROPE survey. The program will be based on health education and promotion of healthy habits in children, particularly those with major alteration in this population.

It will take place over a period of 60 days in the months of September and October in five municipalities (Balaguer, Artesa de Segre, Ponts, Albesa and Vallfogona de Balaguer); it will be performed by nurses and with the collaboration of a social worker and an educational psychologist. The activities are aimed at children and parents and with work team activities too.

To evaluate this we have designed a specific survey which it will be applied before and after to get the results.

Conclusions: The highest existence of the childish poverty has done necessary the establishment of specific indicator. The different ways executed to do front to the emergent problem show that they aren't effective. However, it exists a lack of programs allocated in this population group. Moreover there is not a last evaluation and it maybe could be that requires studies with results on a long-term basis. For this reason there is a wide way for the scientific researches in this field that allow valuing the effectiveness of the programs and the design of instruments of measure.

Keywords: childhood poverty, health poverty children, child well-being, policy, social service

Index

1.	Introducció	14
2.	Marc teòric.....	16
2.1.	Definició de la pobresa, pobresa absoluta, relativa i pobresa infantil.....	16
2.2.	Indicadors de pobresa infantil.....	16
2.3.	Prevalença de la pobresa infantil	18
2.4.	Factors que intervenen en la pobresa infantil	21
2.4.1.	Característiques de la família: monoparentals i famílies nombroses	21
2.4.2.	Nivell educatiu i edat dels pares	22
2.4.3.	Situació laboral	22
2.4.4.	Temps en situació pobresa i edat en què es produeix.....	23
2.4.5.	Origen dels pares.....	23
2.4.6.	Polítiques econòmiques per afrontar la crisi.....	24
2.5.	Conseqüències de la pobresa infantil.....	24
2.5.1.	Inseguretat alimentaria	25
2.5.2.	Salut mental.....	26
2.5.3.	Malalties de transmissió sexual i embaràs.....	27
2.5.4.	Condicions i zona de l'habitatge i higiene ambiental	28
2.5.5.	Educació (absència escolar, desenvolupament cognitiu, habilitats socials)	28
2.5.6.	Activitats lúdiques i esport	29
2.5.7.	Accés als recursos sanitaris	30
2.5.8.	Intergeneracionalitat.....	31
2.6.	Vulnerabilitat dels Drets dels Nens	31
2.7.	Polítiques i Programes d'intervenció	33
2.7.1.	Polítiques Social.....	33
2.7.2.	Intervencions Programes comunitaris	34
2.7.3.	Visió global d'intervencions en el món	37
3.	Justificació	39
4.	Objectius	41
5.	Metodologia.....	42
5.1.	Població diana	42
5.2.	Professionals als qui va dirigit	42
5.3.	Metodologia de la recerca	42

5.3.1.	Bases de dades consultades	42
5.3.2.	Període de recerca	43
5.3.3.	Paraules clau.....	43
5.3.4.	Criteris d'inclusió i exclusió dels articles	43
5.4.	Síntesi de l'evidència trobada	44
6.	Intervenció	46
6.1.	Avaluació inicial i diagnòstic de la situació	46
6.2.	Objectius.....	46
6.3.	Disseny de l'estudi.....	47
6.3.1.	Mesura de la mostra i tipus de mostreig.....	47
6.3.2.	Població d'estudi	47
6.3.3.	Variables i instruments de mesura.....	48
6.3.4.	Mètode de recollida de dades.....	51
6.4.	Disseny de la intervenció.....	52
6.4.1.	Recursos humans.....	53
6.4.2.	Recursos materials	54
6.4.3.	Temporalitat de les sessions i activitats	55
6.4.4.	Cronograma de l'execució del programa	57
6.5.	Implantació del projecte	58
6.5.1.	Municipis	58
6.5.2.	Permisos necessaris.....	58
6.5.3.	Formació dels professionals	58
6.5.4.	Captació de la població	59
6.5.5.	Temporalitat d'implantació del projecte.....	59
6.5.6.	Avaluació del projecte	60
6.6.	Avaluació de la intervenció e implantació de canvis.....	60
6.6.1.	Objectius.....	60
6.6.2.	Disseny de l'estudi.....	61
6.6.3.	Mesura de la mostra i tipus de mostreig.....	62
6.6.4.	Població d'estudi	62
6.4.4.1.	Criteris d'inclusió:.....	62
6.4.4.2.	Criteris d'exclusió:	63
6.4.5.	Variables i instruments de mesura.....	63
6.4.6.	Mètode de recollida de dades.....	67

6.5. Consideracions Ètiques.....	69
7. Discussió.....	72
8. Conclusió:.....	74
9. Bibliografia:	76
ANNEXES.....	80
Annex 1. "Descripció de la situació dels infants de la Comarca de la Noguera"	80
Annex 2. Enquesta " <i>Hàbits saludables dels Infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social</i> "	85
Annex 3. Tríptic informatiu pels pares del Programa <i>Promoció dels hàbits saludables als infants en situació de pobresa</i>	105
Annex 4. Full informatiu dels Drets i Deures.....	106
Annex 5. Full informatiu i consentiment informat pels pares.....	107
Annex 6. Full informatiu i de consentiment infants i majors de 12 anys.....	109

Llista de figures:

Figura 1. Pobresa infantil en països rics	11
Figura 2. Pobresa infantil en països rics a partir indicadors.....	12
Figura 3. Drets dels Nens vulnerats.....	24
Figura 4. Cronograma Execució del Programa.....	47
Figura 5. Cronograma implantació del projecte.....	50

Llista d'abreviatures

AROPE	At Risk Of Poverty and Exclusion
CAP	Centre d'Atenció Primària
CCAA	Comunitat Autònoma
CDC	Centers for Disease and Prevention
CDN	Convenció dels Drets dels Nens
EAPN	Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
EE.UU.	Estats Units d'Amèrica
ESO	Educació Secundària Obligatoria
IDESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
IMC	Índex de Massa Corporal
IPAQ-A	Physical Activity Questionnaire for Adolescents
Kg	Kilograms
M	Metres
PIB	Producte interior Brut
RCADS	Revised Child Anxiety and Depression Scale
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SIAS	Salud Infancia Adolescencia y Sociedad
SNS	Sistema Nacional de Salud
U.E.	Unió Europea
UK	United Kingdom
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia

1. Introducció

Sabem que la pobresa infantil no és un problema nou ni emergent, sinó que aquest ja era existent durant el període de creixement econòmic, en què es van implantar un major nombre de polítiques en sanitat, educació i protecció familiar, tot i que fins al moment resistent(1,2).

La situació precipitada per la crisi econòmica dels darrers anys i l'aplicació de les mesures restrictives en educació i benestar social i família, entre d'altres(1,2), ha precipitat al increment exponencial d'aquesta a nivell mundial(3).

Els infants són considerats com els individus més vulnerables en aquestes situacions, ja que es veuen immersos en un entorn d'extremes dificultats, a nivell econòmic, d'accés a recursos i de coneixements el qual genera conseqüències directes sobre la seva condició de vida. D'aquesta manera, es fa evident el paper que exerceix la societat i la família com a condicionants atès que els infants per si sols poc poden exercir per canviar l'entorn i les seves pròpies condicions de vida. Aquests canvis dels més petits posa en dubte el compliment dels Drets dels Infants generant un veritable conflicte ètic davant la població més vulnerable de la nostra societat(1,2).

En resposta al nou context, els Estats han revalorat la importància de l'indicador de la pobresa infantil. A més, han aplicat noves polítiques d'intervenció a fi de reduir la seva prevalença i incidència. Aquestes mateixes, intervenen, directament, sobre un problema de diverses maneres les quals poden precipitar a una perpetuació de la situació, ser poc efectives o facilitar la resolució d'aquest(3).

Aquest fet ha propiciat la realització de múltiples investigacions per actuar sobre el problema. Els estudis realitzats des dels diferents àmbits mostren una clara evidència en les conseqüències generades. En primer lloc, sobre el benestar infantil i, seguidament, les conseqüències a llarg termini sobre la societat. Entre elles, la repercussió en costos econòmics, la qual es veurà reflectida en menor productivitat, menor nivell d'èxits assolits en sanitat i educació, major probabilitat de desocupació i dependència de la seguretat social, major cost en sistemes de protecció judicial i social, així com la pèrdua de la cohesió social(4).

No obstant això, abordar el tema de la pobresa infantil és altament complex ja que requereix una anàlisi enfocada a nivell multidimensional, estudiant la repercussió en la salut, l'equitat i igualtat d'accés als recursos, els recursos familiars i l'entorn en què es desenvolupa, la vulnerabilitat dels seus Drets, entre molts d'altres aspectes(5).

La salut es veurà condicionada per la situació de pobresa i, al mateix temps, una mala condició en la salut precipitarà a un major nivell de pobresa o de perpetuació d'aquesta. De la mateixa manera, l'equitat en els recursos socials i la igualtat que propicien l'exclusió social i la vulnerabilitat dels Drets dels nens, establint un cercle que es retroalimenta perpetuant la seva condició(5).

Per aquests motius s'ha produït una evolució en l'anàlisi dels indicadors de pobresa, en què a l'actualitat s'integren aspectes relacionats amb l'exclusió social, la privatització dels recursos i les condicions de vida; i no únicament centrats en el nivell d'ingressos. D'altra banda, també s'han establert indicadors consensuats a nivell Europeu, per fer efectiu un control obligat dels Estats per la Convenció dels Drets dels Nens (CDN) sobre el problema i extensió d'aquest(4).

Per tal de garantir els drets citats prèviament, prioritzant el dret dels infants a tenir unes condicions de vida que permetin el seu desenvolupament físic, mental, social i moral; es necessita l'aplicació d'intervencions planificades des d'una visió multidimensional, abordant la salut i l'entorn social de manera conjunta(4,5).

Tenint en compte la manca de resultats en investigacions adreçades a intervencions comunitàries des de la vessant multidimensional i de salut, cal generar una nova tendència que promogui investigar en aquesta nova direcció.

2. Marc teòric

2.1. Definició de la pobresa, pobresa absoluta, relativa i pobresa infantil

Entenem per pobresa aquella situació resultant de diversos processos socials i econòmics en què les persones es veuen privades d'actius (aigua, habitatge, sanitat, educació, aliments, transport i lleure), i d'oportunitats, a les que tenen dret tots els éssers humans. A més a més, aquesta s'associa a l'exclusió social i la desigualtat, amb una manca d'equitat en distribució de recursos com a factor central de la seva persistència intergeneracional(6).

En termes més específics, es diferencien dos tipus de pobresa: absoluta i relativa.

Així doncs, s'entén per pobresa absoluta quan els criteris mínims establerts per la vida, esmentats anteriorment no són assolits.

En canvi, la pobresa relativa és aquella en què els nivell d'ingressos no és suficient per cobrir totes aquestes necessitats en un determinat temps i en una determinada societat(7).

Si apliquem aquests concepte a la infància, es defineix la pobresa infantil com un factor multidimensional, altament complex, relacional i relatiu al context social en què es troben aquests, ja sigui en situació de privació (o pobresa real/absoluta) i/o de pobresa relativa (en funció dels recursos econòmics paterns), depenent del desenvolupament i dels recursos de la societat en el moment de l'anàlisi(8).

Per tant, s'estableix com a pobresa infantil la privació dels recursos materials, espirituals y emocionals necessaris per sobreviure, desenvolupar-se i prosperar fet que els limita gaudir dels seus drets, d'assolir el seu màxim potencial o de participar com a membres actius en igualtat davant la societat(9).Aquests fet condiciona aquests infants a viure en situacions d'exclusió social, com per exemple una falta d'accés a serveis com l'atenció a la infància, a una educació d'alta qualitat i a un habitatge en òptimes condicions(10).

2.2. Indicadors de pobresa infantil

El *Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia*(UNICEF), com a organització internacional defensora dels Drets del Nens, ha realitza múltiples informes i estudis analitzant la situació

de pobresa infantil en el món desenvolupat utilitzant indicadors específics tant per la pobresa absoluta com per la pobresa relativa, els quals es veuen detallats en les pròximes figures 1-2.

En referència a la privació el que es pretén es reunir una sèrie de conjunts i bens considerats essencials per garantir el benestar dels nens independentment de la raça, de la seva localització geogràfica o de les característiques socials o culturals. Aquestes estan enfocades en set dimensions: nutrició adequada, aigua potable, serveis sanitaris decents, salut, habitatge, educació i informació(7). En aquest cas, es considera de rellevància perquè els infants assoleixin un correcte desenvolupament (físic i mental) i igualtat social: tres àpats al dia, al menys un àpat al dia amb carn, pollastre o peix (equivalent en cas de vegetarians); fruites i verdures fresques cada dia; llibres adequats a l'edat i segons el nivell de coneixements; l'oportunitat i el material per poder dur a terme activitats de lleure; jocs a casa; recursos econòmics destinats a realitzar les activitats de lleure planificades a les escoles; espai en la llar dedicat a l'estudi; connexió a Internet, adquisició de peces de vestir noves, dos parells de sabates en bon estat i adequats al número del nen; oportunitat d'invitar de tan en tan a un amic a jugar i menjar a la llar; i oportunitat de celebrar dates especials com aniversaris, sants, etc(9).

Com hem dit anteriorment, el segon indicador per analitzar la pobresa infantil és la pobresa relativa. Aquest es basa amb el nivell econòmic familiar, considerant-se que per sota o igual al 50%, la família presenta dificultats o impediments per cobrir les necessitats bàsiques del nen(7). D'aquest segon indicador també en dependrà la condició de l'habitatge, la zona residencial, l'accés a serveis mèdics no inclosos pel nostre sistema sanitari, l'oportunitat de continuar amb estudis no obligatoris, etc(7).

A nivell europeu i, per tanta Espanya, a partir de la Estratègia EU2020 es va posar en marxa l'aplicació d'un indicador conjunt en el marc de la Unió Europea (UE), consensuat i específic, l'AROE (At Risk Of Poverty and Exclusion). Aquest indicador combina tres factors, els quals es consideren subindicadors: el nivell de renda, la privació de material sever i la baixa intensitat del treball, juntament amb aspectes relacionats amb d'exclusió social. Aquests es determinen amb els següents ítems: llars que viuen sota el llindar de la pobresa relativa

(<60% mitja nacional), llars on existeix una baixa intensitat d'ocupació, on el membres que podrien treballar(18-59 anys) treballen menys d'un 20% de les hores que podrien treballar durant el passat any; i persones en situació de pobresa severa que per dèficit de recursos no compleixen 4 o més dels següents elements: mantenir-se al corrent de pagaments com la hipoteca, lloguer o factures corrents; mantenir una temperatura correcta a llar durant els mesos d'hivern; poder anar de vacances al menys una setmana fora de la llar; realitzar un àpat de carn, pollastre, peix o l'equivalent en vegetarians un mínim de cada dos dies; i capacitat per afrontar costos imprevists com televisió amb color, averies en el cotxe, etc(10).

En referència al mateix ítem, aplicat a la infància, la taxa mesura la població menor de 18 anys que viu en llars que es troben situació relativa, privació de material o alt nivell de desocupació(7,10) aplicant els mateixos subindicadors.

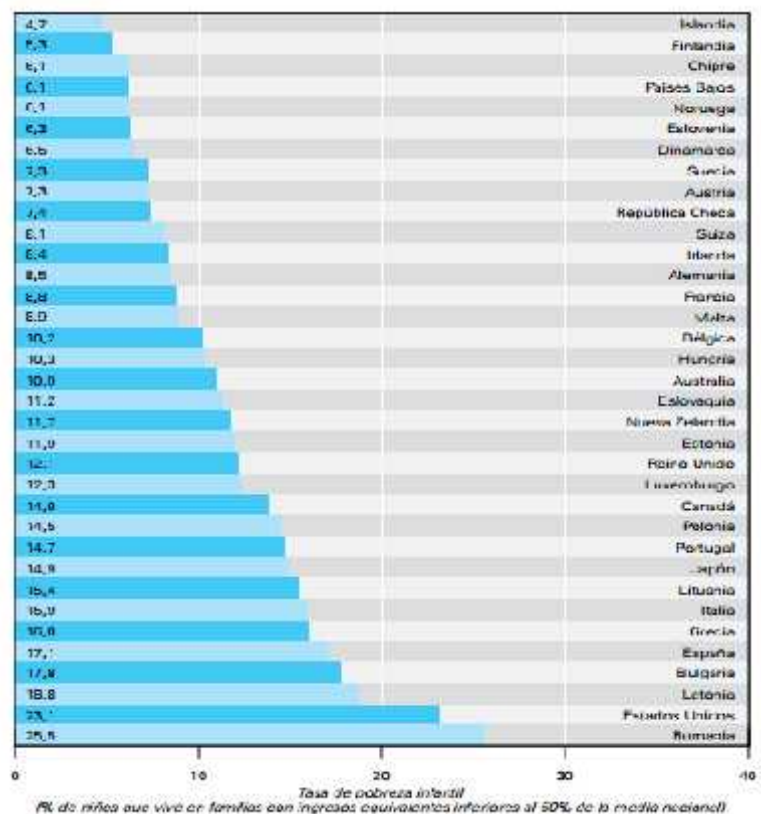
Aquests indicador consensuat a nivell europeu permet realitzar una comparació interna més fiable atès que es mesuren els mateixos ítems en tots els països(3).

2.3. Prevalença de la pobresa infantil

En l'informe esmentat anteriorment de UNICEF(9), en què s'estableix com a indicador del benestar de la societat la pobresa infantil, obtenim les següents figures que ens mostren la situació i percentatge d'aquesta publicades en el 2012.

La **figura1**(9)es basa en dades de trenta-cinc països en un edats compreses entre 0 i 17 anys els quals viuen en situació de pobresa relativa,és a dir, els ingressos de la família estan adaptats a la composició d'aquests i són inferiors al 50%de la mitja nacional. En conclusió aquest patró es considera que més d'un 15% dels 200 milions de

Figura 1. Pobresa infantil en països rics
Font: UNICEF: Medición de la pobreza infantil 2012



nens dels 35 països inclosos en el llista viuen en condicions de pobresa relativa(9).En aquesta podem observar que el 2009, contrastat amb el informe de la Comissió Europea del 2008, es creen tres grups diferenciats en relació al percentatge de pobresa relativa(9,11)

El primer grup compost per 8 d'aquests països, entre ells França i Alemanya presenten entre un 7% i un 10%, el segon grup inclou Australia, Canadà, Nova Zelanda i Regne Unit amb una pobresa relativa compresa entre el 10%-15% i el tercer grup, format per sis països entre ells Espanya, Itàlia i Portugal presenten entre un 15% i un 20% de la pobresa relativa infantil(9). Destacant España amb un 17'1%(5).

La **Figura 2**(9) mostra el percentatge de nens d'1 a 16 anys, en 29 països, que manquen de dos o més dels següents elements en

les seves llars (pobresa absoluta/real). Aquests elements són: tres àpats al dia, al menys un àpat al dia amb carn, pollastre o peix (equivalent en cas de vegetarians); fruites i verdures fresques cada dia; llibres adequats a l'edat i al nivell de coneixements; material per realitzar activitats de lleure; activitats de lleure; jocs a casa; recursos econòmics destinats a realitzar les activitats de lleure planificades a les escoles; espai en la llar dedicat a l'estudi; connexió a Internet, adquisició de peces de vestir noves, dos parells de sabates noves adequats al número del nen; oportunitat d'invitar de tan en tan a un amic a jugar i menjar a la llar; i oportunitat de celebrar dates especials com aniversaris, sants,etc.

Figura 2. Pobresa infantil en països rics a partir indicadors
Font: UNICEF:Medición de la pobreza infantil 2012



Aquesta taula ens mostra que les taxes més elevades de privatització es localitzen en l'Europa Central i Occidental (> 30% en Hongria i Letònia, > un 50% a Bulgària i >70% en Romania) on és localitzen els països més pobres de la Unió europea. Tot i això, els països més enriquits, com és el cas de França o Espanya, presenten una privació infantil superior al 10%, el qual no es veu justificat a causa del seu desenvolupament, on el llindar hauria de ser 0 o molt pròxim a 0(9).

Actualment trobem en la UE 25 milions d'infants en risc de pobresa o exclusió social, és a dir un de cada 4 menors de 18 anys. Entre els 2008 i el 2011 la taxa de risc de la pobresa infantil i exclusió va incrementar en 17 Estats membres, i només es va reduir en 4 estats(3). En el informe publicat per SESPAS en 2014(3), mostra que en Espanya s'ha incrementat els risc de pobresa en infants menors a 16 anys quasi en tres punts percentuals des del inici de la crisi, assolint gairebé un 27% l'any 2011(3).

En referència als Estats Units d'Amèrica(EE.UU), els estudis publicats l'any 2011, ens mostren un percentatge de pobresa infantil compresa entre el 19% i el 21% del qual encara se'n preveu un increment tot i les polítiques i les mesures aplicades(2).

Al informe EAPN(7) mostra la comparativa de la situació d'Espanya respecte als 27 països membres de la UE comparant simultàniament els anys 2008-2012. Al 2012 Espanya mostra una pobresa infantil mesurada per l'indicador AROPE(7) del 29'9% respecte la mitjana europea que se situa al 21'2%. També es destaca la pobresa infantil persistent, aquella que manté una durada superior a dos anys, que situa a Espanya en un 13'1% respecte la mitja europea del 10'4%, posicionant-la per damunt d'aquesta(7).

En l'últim informe EAPN publicat en el 2014, evidència una prevalença del 32'3% a Espanya, aquest fet remarca el increment consecutiu de la incidència de la pobresa infantil en el nostre país(12).

Si analitzem les últimes dades que proporciona UNICEF de la pobresa infantil per comunitats autònomes a Espanya, trobem a Extremadura com la Comunitat Autònoma (CCAA) amb major percentatge de pobresa infantil amb un 46%, mentre que el País Basc presenta en el menor percentatge amb un 12'9%. Catalunya, presenta un 19'4% el qual la situa en la cinquena CCAA amb menor percentatge de pobresa infantil(3).

Aquestes dades es veuen extremadament lligades amb les proporcionades per EAPN al 2013 en relació a la pobresa per CC.AA, en què es destaquen Murcia, Andalusia i Extremadura com les comunitats amb majors dificultats per arribar a final de mes i per afrontar despeses

imprevistes. D'altra banda, destaquen el País Basc, Astúries i Navarra, Castella i Lleó com les CCAA que presenten menys dificultats(13).

2.4. Factors que intervenen en la pobresa infantil

La pobresa infantil esta influenciada o propiciada per diferents factors, alguns esmentats anteriorment, en relació a la situació, el context social i familiar en què es troben submergits els infants i enfocat a una visió global del problema.

En l'informe de la comissió Europea i a l'Eurostat s'analitzen com a factors que intervenen en la pobresa infantil els següents(7,11).

2.4.1. Característiques de la família: monoparentals i famílies nombroses

La composició de la llar és un dels factors que més influencia als infants davant el risc de pobresa i d'exclusió ja que afecta al nivell econòmic de la família i als recursos i suports dels que compta(10).

Les famílies monoparentals i nombroses són considerades com les més exposades al risc de pobresa i d'exclusió infantil, situant-se en un 22% en famílies monoparentals i un 25% en les nombroses en el 2008(11).

En el cas de les famílies monoparentals, la mare sol ser el cap de família, en aquests casos ens trobem davant situacions d'infants nascuts fora del matrimoni o separacions, tot i què varia en funció de cada país(11). En aquest cas, les dades dels 2012 presents en Euroestat, indiquen un 49'8%(10) respecte les dades del 2008 en què es coneixia que un de cada tres nens es trobava en situació de risc de pobresa(11).

En canvi, en les famílies nombroses, trobem que els països amb menor taxa de més de tres fills són aquells que presenten més risc de pobresa. És a dir, els països nòrdics tenen major nombre de famílies nombroses però, menor taxes de pobresa infantil que els països meridionals, els quals presenten menor taxa de família nombrosa però aquests presenten major risc de pobresa sent al voltant d'un 30%(10,11).

2.4.2. Nivell educatiu i edat dels pares

S'estableix una relació relativa entre el nivell educatiu i l'edat dels pares dels infants amb el risc de pobresa infantil(11).

Aquests fets es relacionen establint-se que els pares menor edat solen tenir major taxes de desocupació, feines menys remunerades o feines menys estables que els pares de major edat. Succeeix una similitud d'acord el nivell educatiu d'aquests. En el 30% dels casos de pobresa infantil els pares no tenien el nivell d'estudis obligatoris secundaris. D'altra banda, aquest fet es relaciona amb la possibilitat d'accedir al món laboral o d'accedir a una feina major remunerada(10)(14). Tanmateix, el nivell educatiu elevat es relaciona amb una millor qualitat de vida i major estat de salut donat la possibilitat d'accés a diferents recursos sanitaris, majors coneixements i millors hàbits saludables(11)(3).

2.4.3. Situació laboral

En relació a la situació laboral s'analitzen dos factors: la desocupació i la pobresa laboral.

La pobresa laboral ha augmentat en els darrers anys, concretament del 2007 al 2010, que va experimentar un creixement entre el 10'8% i el 12'4%. Aquest nou ítem significa que tot i tenir una feina remunerada el treballador es troba sota el llindar de pobresa fet relacionat amb feines poc remunerades, amb un nivell de qualificació baix o amb feines temporals(11,14).

La presència de la desocupació en els homes presenta un risc de pobresa del 51'5% i en les dones del 40'8%(11).

Tan la desocupació com la pobresa laboral, es tradueixen en menor recursos econòmics en la família, el qual suposa majors dificultats per mantenir l'habitatge, la zona residencial, disminuir despeses en condicions per l'habitatge (calefacció, aigua, electricitat), disminuir el consum de determinats aliments, en materials escolars, en activitats extraescolars, en vestimenta, exhaurir els recursos econòmics familiars, canvi de domicili, augment de la tensió en la llar, carència en l'atenció als nens i augment del risc d'exclusió(8).

2.4.4. Temps en situació pobresa i edat en què es produeix

El temps en què els nens es trobem en situació de pobresa genera un cicle de retroalimentació, és a dir, com major és el temps majors són les conseqüències i efectes que sofreix l'infant i majors seran les dificultats que presentarà a llarg termini per sortir de la pobresa, precipitant a les següents generacions a la mateixa situació econòmica i a les seves conseqüències(15). Tanmateix, les conseqüències produïdes en els menors d'acord a la persistència i gravetat corresponen al temps en què han estat exposats a la precarietat o a la situació econòmica difícil(15).

D'altra banda, diversos estudis(3,15)han analitzat la relació entre l'edat dels infants i la situació econòmica a nivell familiar i del país. Aquests conclouen que, la situació precària afectarà de diferent forma a les habilitats i capacitats dels infants segons la seva etapa de desenvolupament com a conseqüència de la privatització. Finalment, generant repercussions en l'etapa adulta(3,15).

Algunes evidències(15–17) també ens mostren la relació entre l'edat i la intensitat de la privatització. Esmenten que es produeixen majors efectes negatius, persistents i irreversibles, quan els infants presenten una menor edat i estan exposats a una major intensitat de privatització.

2.4.5. Origen dels pares

Un altre factor que influeix en la pobresa i exclusió social del infant és el factor migratori patern. Es mostra una clara relació que els infants amb pares procedents d'altres països fora de la Unió Europea presenten major risc de pobresa i d'exclusió que els pares amb factor migratori però que pertanyen a la Unió Europea (32'2% envers un 18'3%)(16).

Aquest factor es veu relacionat amb les condicions laborals en què es troben les famílies en el nou Estat, les quals presenten major probabilitat de tenir una feina menys remunerada, major dificultat d'accés als serveis socials de benestar com l'educació i l'atenció a la primera infància(10).

2.4.6. Polítiques econòmiques per afrontar la crisi

Algunes de les polítiques que s'han portat a terme en els darrers anys han estat encaminades a un objectiu monetari, aquest fet a produït un augment dels impostos, variacions en els contractes laborals, creació de treballs més precaris, disminució del pressupost públic en educació i sanitat, entre d'altres, fet que ha contribuït negativament a la situació econòmica familiar i facilitant la situació de pobresa infantil. Entre elles, destacar la reducció de la immersió de capital en les beques de transport, beques de menjador o en els llibres escolars(10).

2.5. Conseqüències de la pobresa infantil

Les conseqüències en relació a la salut que es deriven la situació de baixos recursos s'analitzen basant-se en les teories acumulatives/avantatge i desigualtat acumulada des de la sociologia(18). Aquesta teoria ens mostra que les conseqüències són produïdes com a resultat d'un procés acumulatiu i dels determinants individuals, és a dir, són el resultat de l'experiència viscuda, de l'exposició a les dificultats, en relació a la duració, al moment en què es desenvolupen, a l'entorn en què es generen i que variaran amb la trajectòria produint connotacions en la salut(19). Per tant, en base aquesta teoria i els factors analitzats anteriorment trobem que les desigualtats socials en les edats de creixement i desenvolupament dels infants contribueixen a generar desigualtats futures en la seva salut adulta(19). Al mateix temps, la situació viscuda *in situ* pels infants altera el seu estat de salut momentani(16). En conseqüència, podem establir que la situació de baixos recursos, desigualtat social i risc d'exclusió produeix connotacions negatives a curt i llarg termini en la salut dels infants(2).

L'anàlisi de les conseqüències la realitzarem especificant cada una d'aquestes i, detallant en el seu cos, les connotacions negatives a curt termini en funció de l'etapa infantil i a llarg termini, com a conseqüència en l'edat adulta.

2.5.1. Inseguretat alimentària

La inseguretat alimentària és una de les primeres conseqüències de viure en situació de baixos recursos. Aquesta significa que les persones no consumeixen suficients aliments per desenvolupar una vida activa i sana. Afecta a qualsevol grup d'edat, determinat pels baixos ingressos econòmics i per la dedicació de part del pressupost econòmic en mantenir l'habitatge(16). Tot i així, els estudis mostren que pateixen major inseguretat alimentària aquelles famílies que dediquen més del 30-40% en l'alimentació(10,20).

A efectes de la reducció dels ingressos, les famílies responen activament. En primer lloc busquen els centres comercials amb els preus més econòmics, posteriorment, disminueixen el volum d'aliments consumits i, quan tot i així, no és efectiu l'estalvi, eliminen aquells aliments que tenen un major cost sent aquests les proteïnes en primera opció, carn vacuna i el peix; i incrementen el consum d'aliments més econòmics com llegums, verdures o fruites (21).

A més a més, els estudis mostren la tendència que les persones amb baixos recursos solen incrementar el consum de productes envasats, calòrics, o menjars ràpids produint una dieta pobre en nutrients i rica en greixos fet que incrementa el risc d'obesitat i malnutrició(20,21). D'altra banda trobem que la manca de recursos fa que es disminueixi el cost destinat a l'activitat física fet que afavoreix l'aparició d'obesitat i sobrepès(20–23).

Actualment, s'estan portant a terme estudis que relacionen la pobresa infantil amb les alteracions cardiometabòliques, aquests mostren evidència en la relació entre una exposició prematura o perllongada de pobresa en etapes d'infància i d'adolescència amb un augment del risc de patir malalties cardiovasculars(22). S'estableix la relació amb múltiples factors com: menor accés a zones esportives i lúdiques, els hàbits alimentaris (menys fruites i verdures) i condicions nutricionals pobres, major nivell estrès, així com, les condicions socioeconòmiques de l'estat com l'educació i l'ocupació(24).

2.5.1.1. Curt termini

a. Etapa preescolar i escolar

En aquesta etapa la inseguretat alimentària produïda per la manca d'aliments i la incorrecta nutrició, afecta al infant generant una menor capacitat de concentració, disminuint el rendiment acadèmic i afectant a llarg termini a la capacitat cognitiva de l'individu i sobrepès

o obesitat infantil(24). La literatura científica mostra com el nens amb situacions de pobresa presenten nivells més elevats de triglicèrids i d'insulina que els infants amb major nivell socioeconòmic en base al model d'acumulació, fet que augmenta el risc de malalties cardiovasculars(16).

b. Adolescència

En l'etapa adolescent solen aparèixer trastorns relacionats amb el comportament, la conducta i el rendiment acadèmic secundaris a l'alimentació. També presentaran alteració en el pes, produint un augment de la taxa d'obesitat(24). En aquesta etapa també es detecten nivells elevats en els factors de risc cardiometabòlics(21).

2.5.1.2. Llarg termini

Aquests es reflecteixen en l'edat adulta amb un manteniment de l'alteració del pes degut als hàbits alimentaris poc saludables, adquirits durant el seu creixement(24). Tanmateix, es poden produir alteracions en la salut mental secundari a l'alteració del pes com pot ser la depressió, l'ansietat i l'alteració de la imatge(22).

L'alteració dels factors de risc cardiometabòlics es mantenen en l'etapa adulta, tot i després d'haver aconseguit estabilitzar la situació socioeconòmica viscuda durant la infància, augmentant així la prevalença i la morbiditat per les malalties cardiovasculars(22).

2.5.2. Salut mental

Els individus i les famílies en situacions de baixos recursos econòmics viuen exposats a una major nombre de factors estressants els quals es relacionen amb un pitjor estat de la salut mental(24).

En els infants, el seu estat de salut mental, es veu molt influenciada per l'entorn i situació viscuda a casa(25). Aquest sol ser un entorn emocionalment inestable i desorganitzat, en què hi ha un elevat grau d'estrès i de tensió dins la família. Els pares se solen mostrar més severs i menys constants, i realitzen poca estimulació cognitiva per afavorir el seu desenvolupament(3,26). Al mateix temps, aquestes situacions faciliten que els pares presentin diferents trastorns psicopatològics com poden ser: l'alcoholisme, la drogodependència, l'addicció al tabac o la depressió i l'angustia(27).

2.5.2.1. Curt termini

a. Etapes preescolar i escolar

La situació d'angoixa i d'estrès dificulta la relació paterna filial, transmetent-se tensió i estrès als infants i establint una relació menys interactiva(3) amb manca de seguretat i d'afectivitat que produirà, posteriorment, un deteriorament en la seva capacitat social, en el seu rendiment i comportament(3,16,27). L'evidència científica també ens mostra com ha augmentat la violència infantil condicionada per la situació viscuda dins el nucli familiar(16), de tal manera en que s'ha detectat un increment d'aquesta(16,28–30)

b. Adolescència

Aquests fets, produeixen un efecte en l'adolescència que genera una major tendència cap a conductes additives, així com, major agressivitat, hostilitat i major absentisme escolar(9,13,22).

2.5.2.2. Llarg termini

Les connotacions negatives durant la infància deriven a situacions mantingudes durant l'etapa adulta. Les persones que han viscut en aquestes situacions presenten menors capacitats socials, major agressivitat i ansietat i, tendència a les addiccions(27).

2.5.3. Malalties de transmissió sexual i embaràs

Alguns estudis retrospectius mostren com les conductes desadaptatives estan relacionades amb les situacions de baixos recursos i de precarietat. Aquestes condueixen als adolescents a realitzar pràctiques de risc en les seves relacions sexuals, el qual es presenta amb increment la transmissió de les MTS (Malalties de Transmissió Sexual) en les edats compreses entre els 15-24 anys(27). Així com, incrementa el nombre d'embarassos no desitjats(16).

2.5.4. Condicions i zona de l'habitatge i higiene ambiental

Les famílies amb baixos recursos econòmics es veuen obligades a realitzar canvis de domicili de manera involuntària o forçada a conseqüència de desnonaments o de les execucions hipotecaries(31). Aquests canvis de domicili solen produir-se dins d'una zona pròxima a la residència actual o, en barris en els quals hi ha trobem zones de concentració de pobresa(32). En aquests barris amb menor recursos econòmics, els infants conviuen amb majors taxes de criminalitat, major nombre d'accidents i d'inseguretat(32). Fet que facilita als infants ser més propensos a la delinqüència juvenil. Aquesta mateixa ubicació, es relaciona amb un menor accés a centre educatius d'alt nivell o a zones que compten amb menor zones d'espais lúdics pels infants(25).

Si analitzem les condicions de l'habitatge trobem que els infants en aquestes situacions presenten major nombre de malalties gastrointestinals i respiratòries relacionades amb el maneig, conservació dels aliments, higiene de l'habitatge i higiene ambiental(20), major contaminació aèria i de l'aigua; i d'escombraries(20).

2.5.5. Educació (absència escolar, desenvolupament cognitiu, habilitats socials)

L'absència escolar i el baix rendiment acadèmic, com totes les conseqüències que hem analitzat, es veu produïda per la multi causalitat dels factors que desencadena la situació de pobresa.

Per una banda trobem que l'absència escolar i el baix rendiment acadèmic(25) es relaciona amb la inestabilitat en la residència familiar esmentada anteriorment(33), amb els baixos recursos econòmics(32), l'obesitat(16)la situació psicopatològica generada per aquestes dos anteriors en què els infants i adolescents presenten nivells d'ansietat i depressió(34). D'altra banda, l'estrès i la psicopatologia que poden patir els pares per la situació econòmica; i el barri en què es troba ubicada la llar d'aquests infants, poden exercir un efecte negatiu en el seu desenvolupament cognitiu i d'habilitats socials(3,25).

2.5.5.1. Curt termini

a. Etapes preescolar i escolar

En aquesta etapa es essencial potenciar i facilitar el desenvolupament cognitiu i d'habilitats dels infants. La literatura mostra major incidència en les connotacions negatives produïdes per la situació econòmica que afecten aquests infants en el seu desenvolupament cognitiu, desenvolupament d'habilitats i del rendiment escolar(25).

b. Adolescència

En aquesta etapa la literatura descriu principalment altes taxes de absència escolar, baix rendiment acadèmic i abandonament dels estudis obligatoris, així com, manca de la continuïtat en estudis post-obligatoris(22).

2.5.5.2. Llarg termini

Coneixem que l'obtenció del títol de secundària o d'estudis superiors es clau per tenir èxit en diversos aspectes de la vida, com poden ser aconseguir feines millor remunerades, augmenta la possibilitat d'un millor estat de salut i benestar, de viure més anys, així com transferir aquests coneixements i hàbits adequats al seus futurs fills (16).Per tant, aquestes alteracions produeixen un doble efecte donat que genera un menor nivell educatiu el qual es traduirà posteriorment en menor probabilitat de tenir accés al món laboral o accedir a una feina major remunerada perpetuant així el cicle de la pobresa(2,3).

2.5.6. Activitats lúdiques i esport

Les activitats lúdiques, extraescolars i la realització d'esport és important durant el desenvolupament dels infants donat que els hi permet adquirir habilitats socials, augmentar les relacions socials fora de l'àmbit escolar, ajuden a millorar el seu desenvolupament cognitiu i d'aprenentatge(15). La situació de baixos recursos econòmics, la ubicació de la llar dificulten que els infants puguin desenvolupar aquestes activitats(2,31).

2.5.6.1. Curt termini

a. Etapes preescolar, escolar i adolescència

Durant aquestes etapes els infants es beneficien més àmpliament d'aquests conjunt d'activitats donat que facilita el seu desenvolupament cognitiu, d'aprenentatge, motor, i per tant disminueixen l'obesitat, l'absència escolar i el rendiment acadèmic. També permet fomentar l'adquisició de hàbits saludables com la pràctica d'activitat física i incrementa el sentit de pertinença i d'inclusió dins la societat(16,35).

2.5.6.2. Llarg termini

Com a conseqüències a llarg termini en relació a la les activitats desenvolupades durant la infància i adolescència trobem que es relacionen principalment amb no adherència dels hàbits saludables com pot ser la hàbit de realitzar activitat física i la manca de coneixements apresos en aquestes com una tercera llengua o altres, que es reflectiran en l'estat de salut del individu i les opcions en l'àmbit laboral(23,35).

2.5.7. Accés als recursos sanitaris

Existeix l'evidència científica del increment de les dificultats en l'accés als recursos sanitaris es major en les famílies que disposen de pocs recursos i que es troben en situació de pobresa. El metanàlisi publicat en el 2013 pels autors Bassani D, et al.(36), mostra una millora en l'accés als serveis sanitaris en infants menors de 5 anys mitjançant diferents mecanismes de subvencions econòmiques a les famílies amb dificultats, aquests realitzats en Amèrica Llatina, Àfrica Subsahariana i Sud-est d'Àsia(36).

En referència a Espanya el *Sistema Nacional de Salud* (SNS) hauria d'amortitzar aquestes diferències socials i protegir als menors garantint el accés als serveis basant-nos en el que parlem d'un sistema universal i gratuït. No obstant, les mesures aplicades han modificat els serveis, la qualitat i l'accés d'aquests produint un efecte negatiu en les famílies més necessitades. Doncs, les famílies nouvingudes o no però pertinents a altres ètnies poden trobar dificultats com pot ser la comunicació, actualment han disminuït el paper dels mediadors en els Hospitals i altres centres sanitaris, produint un efecte negatiu en la salut del nen que si que manté accés gratuït però el qual podríem definir de qualitat insuficient.

Si parlem dels serveis no inclosos dins de la carta de serveis del SNS, la qual s'ha reduït des de l'entrada a la crisi econòmica, aquests infants poden trobar-se exclosos de gaudir-ne davant la necessitat donat l'elevat cost econòmic que suposa per les famílies(37)

2.5.8. Intergeneracionalitat

En la darrera evidència literària, pren importància el traspàs de pares a fills dels coneixements en salut, i les habilitats psicosocials transmeses. El risc de desenvolupar comportaments problemàtics apresos, destaca la importància de detectar i actuar sobre els comportaments i condicions negatives que afectaran a les generacions futures(26,31).

2.6. Vulnerabilitat dels Drets dels Nens

En les situacions difícils, com és viure en família sota uns recursos insuficients per assegurar l'alimentació dels seus fills, de no poden protegir-los de malalties actualment evitables o proporciona'ls-hi els mateixos recursos que la resta dels seus amics, sembla un somni idealista pensar en el compliment dels Drets dels Nens. Però és davant aquestes situacions més crítiques, quan es realitza un anàlisi i reflexió sobre el seu compliment i els indicadors per mesurar-los(38).

El referent jurídic de defensar les necessitats i drets dels infants és la Convenció del Drets dels Nens (CDN). La CDN va se establerta l'any 1989 i aprovada com a llei l'any 1990 per 20 països, entre ells Espanya. Actualment aplicada en gairebé tots els països del món a excepció d'Estats Units i Somàlia(16). Va suposar un gran avanç i impuls en la defensa i promoció dels Drets dels infants del món, exigint el compliment dels articles a tots el països que es van acollir a ella(16).

La CDN estableix un total de 54 articles, sense tenir un ordre jeràrquic si no que entre ells es complementen. Els articles establerts per la CDN defensen que per sobreviure i desenvolupar plenament els seu potencial els nens requereixen de serveis de salut, alimentació i educació que enriqueixi les seves ments, els proporcioni coneixements i habilitats útils. Així com estar lliures de violència, explotació, discriminació i desigualtats(4).

Així doncs es basen en els següents principis: no discriminació, el interès del menor serà prioritari en totes les mesures que sigui possible i que l'impliquin, el dret a la supervivència i

desenvolupament pel qual es garantirà l'accés equitatiu als serveis i igualtat d'oportunitats; i el dret d'opinar i participar sent essencial que els infants siguin escoltats i respectats afavorint la seva participació activa en els seus Drets des del punt de vista de la infància.

El comitè Internacional dels Drets dels Nens, és un comitè independents i internacional que té el deure de valorar el compliment de la CDN en els Estats que l'han assumit, realitzant valoracions periòdiques per controlar els avenços realitzats per millorar els Drets en cada Estat(4).

En la següent figura (**Figura 3**), trobem els articles que es vulneren en els infants que viuen en situació de pobresa o en risc d'aquesta(5):

Figura 3. Drets dels Nens vulnerats
Font: Unicef.Convencción de los Derechos de los Niños



Així doncs, el no compliment i garantització d'aquests Drets en la infància suposa un veritable conflicte ètic i polític, al qual han de donar resposta els Estats que s'haguin acollit a la CDN.

2.7. Polítiques i Programes d'intervenció

2.7.1. Polítiques Social

Les polítiques d'intervencions i la transferència social tenen un pes molt important en la pobresa infantil, que es veu influenciat per la despesa pública destinada a les famílies i als infants. Aquestes intervencions o inversions en l'àmbit social són destinades a l'habitatge, prestacions a permisos paternals, salaris, educació i atenció a la primera infància i l'accés al món laboral, entre d'altres(4).

Des de la Unió Europea es va crea en el 2010, la *EU2020: el Pla Estratègic pel creixement de la Unió Europea*(10). Aquest pla estratègic es crea per aconseguir un creixement sostenible,intel·ligent i integrador. Per tal d'assolir aquests creixement en un temps límit fins el 2020, es determinen els següents objectius específics: aconseguir una taxa d'ocupació del 75% per la població entre 20-64 anys; invertir un 3% del Producte interior Brut (PIB) en investigació i desenvolupament; reduir en un 20% les emissions de carbó i augmentar en un 20% les energies renovables i l'eficàcia energètica; augmentar fins el 40% la taxa de titulats en educació superior; i reduir en 20 milions el número de persones que viuen per sota del llindar de pobresa(39).

Per aconseguir-los el Pla estratègic estableix un Programa basat en set iniciatives, entre elles destaca la iniciativa *Plataforma Europea contra la pobresa*, en què es fomenta la cooperació entre els estats membres i l'aplicació d'un model de coordinació obert en termes d'exclusió i protecció social amb la finalitat d'aconseguir una cohesió econòmica, social i territorial; i la inclusió dels ciutadans europeus en situació de pobresa(39).

La mateixa Comissió Europea, estableix aquests darrer any 2013, un pla de recomanacions sobre la pobresa i el benestar infantil en l'àmbit d'inversió social anomenat *Invertir en la infància: romper con el ciclo de las desventajas*(39). Aquesta consisteix en una eina fonamental per combatre la pobresa infantil basada en els Drets del Nen, el interès superior del nen, la igualtat d'oportunitats i suport als més desafavorits(10).

A nivell d'Espanya, trobem que el 2013 el Govern Espanyol va aprovar el *Plan de Acción Nacional de Inclusión Social 2013-2016*(40). Aquest compta amb la col·laboració dels Ministeris, de les Comunitats Autònomes i d'entitats locals. Es defineix com un instrument

per integrar polítiques que lluiten en contra la pobresa i la exclusió social, donant resposta al compromís del Pla Estratègic EU2020(40).

El Pla es basa en tres objectius estratègics i un objectiu transversal, dedicat exclusivament a la lluita contra la pobresa infantil(40). Els tres objectius estratègics són: perseguir impulsar la inclusió social a través de l'ocupació, mantenir la garantia d'un sistema de prestacions econòmiques i per últim, mantenir el compromís amb els serveis bàsics (educació, sanitat i habitatge)(40). L'objectiu transversal dedicat a la lluita contra la pobresa infantil té destinat un fons econòmic exclusiu amb l'objectiu d'evitar que els infants siguin perjudicats per les dificultats econòmiques de les seves famílies, reforçar l'atenció en les llars en situació de privatització extrema juntament amb altres sectors com la Urgència Social i el Tercer Sector, per atendre a les famílies en situacions més extremes, protegir els Drets dels Infants i prevenir el maltracta infantil(40). També es reforça *El Fondo de Garantía de Pago de Alimentos* en infants amb famílies vulnerables, així com, es garanteix que la pobresa no sigui la única justificació per la declaració de desemparament dels menors(40).

2.7.2. Intervencions Programes comunitaris

Les intervencions i programes d'acció comunitària en Espanya dedicats als infants són programes anteriors implantats per realitzar l'educació sanitària infantil i els quals es mantenen per fer front a les conseqüències derivades de la situació de pobresa, entre aquests destacar el Programa NAOS o el Programa del Nen Sa(41). Altres intervencions destinades específicament als col·lectius de pobresa infantil són el Programa Salut als Barris, però la gran majoria neixen de diversos grups solidaris com Caritas, Creu roja, o altres entitats socials(34,35).

a) Programa NAOS

El *Programa NAOS* és un programa nivell Estatal dissenyat pel Ministeri de Salut i Benestar Social dirigit a la població general i centrat en la comunitat infantil i joves. Tot i ser un programa que es va implantar l'any 2004, en resposta al increment de l'obesitat en la població infantil alertat per l'OMS, també donar resposta a la situació actual de pobresa ja

que es va definir com una acció de llarg termini en què es valora periòdicament els indicadors i necessitats de la població per adaptar-lo. La seva meta és fomentar l'alimentació saludable i promoure l'activitat física per invertir la tendència ascendent de la prevalença de l'obesitat, reduint substancialment la morbiditat i la mortalitat associada a les malalties cròniques. En ell, també participen diferents Ministeris com Educació, Ministeri del Consum, Agricultura, Alimentació i pesca, establint-se com a àmbits d'intervenció: familiar i comunitari, escolar, empresarial i sanitari. Algunes de les accions que es realitzen són: distribució d'un manual d'alimentació per als pares, accés a la pàgina web, divulgació a través de premsa i altres medis informatius; promoció de l'activitat física mitjançant la conscienciació de la població de la importància de l'activitat física, fomentar que l'àmbit empresarial promoció joguets que fomentin l'exercici físic. L'objectiu és facilitar hàbits i actituds en salut positives en els infants, detecció precoç de problemes en salut, facilitar el seguiment i la derivació(41).

b) Programa del Nen Sa

L'altre programa enfocat a la població infantil és *El Programa del Nen Sa*. Aquests és dissenyat pel Institut Català de la Salut, el qual s'aplica exclusivament als CAP de Catalunya. Presenta un disseny basat en protocols d'activitats preventives i de promoció de la salut en l'edat pediàtrica(42).

Dins d'aquest programa podem aplicar a la situació de pobresa infantil diferents protocols, entre ells destaquen l'obesitat i salut mental, tot i què aquest últim no afronta en la seva globalitat la situació d'infants en baixos recursos. També, es poden aplicar els consells de salut, els quals estan diferenciats per edats i contemplen hàbits de higiene, hàbits alimentaris desenvolupament motor i cognitiu(42).

c) Programa Salut als Barris

Salut als barris neix l'any 2005 a través del Departament de Salut el qual determina la necessitat d'actuar en els territoris que estan acollits a la Llei del Govern de Catalunya 2/2004 del 4 juny, la Llei de Barris. Actualment, s'aplica a un total de 29 municipis i presenta 142 projectes integrals(43).

Té com a principal objectiu introduir la salut com a millora de les condicions de vida i benestar en la comunitat dels barris. Es considera un procés transversal i interdisciplinari en el qual participen els agents de salut territorials i la comunitat de manera activa, mitjançant propostes i orientació comunitària. Cada barri adapta la temporalitat del programa i les jornades a la necessitat de la seva comunitat(43).

El programa es basa en contribuir a reduir les desigualtats socials en salut a través de l'anàlisi de les necessitats en salut de la comunitat en concret, adreçant-se a uns grups concrets anomenats preferents donades les condicions de vida precàries, els eixos de desigualtats socials, els hàbits i els estils de vida saludables.

S'estableixen diferents grups preferents com: els infants, els joves, les dones, la gent gran i els immigrants. Alguns dels projectes destinats als infants són: tallers per sobre els consell alimentari per prevenir i tractar l'obesitat infantil en l'atenció primària, a la nostra escola mengen més fruita, programa de prevenció de càries infantil i revisió del menú infantil. Als joves o adolescents trobem que realitzen programes de promoció de la salut i prevenció del consum de drogues a la comunitat educativa i espais de lleure, programes de reducció de riscos associats al consum de drogues en espais d'oci i a la nit(43).

d) Entitats socials i Organitzacions

La Caixa de Pensions, així com altres entitats bancàries, tenen dins dels seus programes un pressupost destinant al suport social, en algunes ocasions en col·laboració a la Generalitat de Catalunya.

Encaminats a la pobresa infantil *L'obra social La Caixa* presenta el 2013 el *Programa Pro infància*, aquests compta en diferents accions, agrupades en subprogrames, enfocades a un model de promoció i desenvolupament integral en infants en situació de pobresa i vulnerabilitat social, entre elles destaquen: promoció de la salut, reforç educatiu, suport educativa familiar, atenció psicoterapèutica a la família i activitats de lleure(44).

Altres entitats socials com la Creu Roja i Caritas, col·laboren mitjançant entitats bancàries i altres empreses que inverteixen en projectes socials i la col·laboració ciutadana, amb la pobresa infantil a través de diferents campanyes en les quals es recollen diners, aliments,

joguines per les famílies amb baixos recursos. A més a més, també creen espais amb educadors on els nens poden comptar en una zona dedicada perquè realitzin les feines de l'escola, a l'estiu i durant el hivern realitzen esplais basats en activitats de lleure i aprenentatge de valors com la tolerància, col·laboració i la cooperació, entre d'altres.

2.7.3. Visió global d'intervencions en el món

Si ampliem la nostra visió a diferents punts del món podem observar que també s'estan prenent diferents iniciatives per fer front a la nova situació, tot i que tampoc acaben sent efectius(26). Per exemple Estats Units d'Amèrica, per acció del President Obama, ha desenvolupat un pla d'acció social anomenat *Iniciativa dels Barris*(45). Aquest pretén abordar la intergeneracionalitat de la pobresa i promoure els resultats educatius en salut infantil, entre aquests trobem estratègies educatives per a futurs pares joves, ofertes extraescolars, oficines de suport per accedir a universitats, ofereixen serveis mèdics dins de les escoles, programes d'alimentació, augmenta l'oferta de treballadors socials, de professors de qualitat, entre altres(45).

En el mateix continent, els autors Erilynn Radcliffe, et al. (46), han presentat aquest 2014 un estudi basat en disseny d'un programa d'atenció domiciliària als recents nascuts en situació de baixos recursos(46). Aquest programa anomenat *Program MOM* té com a objectiu millorar la salut infantil, reduir els risc del desenvolupament i millorar l'ús dels recursos de la comunitat així com millorar la preparació escolar mitjançant les visites al domicili i compta amb el suport dels controls pediàtrics(46). Tot i ser un programa enfocat a la salut materna infantil, és un bon exemple de programa domiciliari donat les intervencions de suport emocional, suport social, d'educació en hàbits saludables, detecció i reducció del maltracta infantil(46). Així com dels resultat positius en la millora de la salut infantil(46). Anteriorment el *Centers for Disease and Prevention* (CDC), va implantar un programa anomenat "Legacy for Children", aquest compara un grup d'intervenció amb un control, el qual estava dirigit a les famílies amb infants de 0-5 anys. Realitzaven intervencions i activitats als pares i als pares i nens des del naixement i intervencions comunitàries(38).

En aquests mateix sentit trobem el programa realitzat a Canadà "Better Beginnings, better Futures", enfocat a comunitats desfavorides i els quals van obtenir resultats positius

disminuint l'ansietat infantil i la depressió millorant la salut presentant un major compliment del calendari vacuna'l, i millor accés als serveis sanitaris(38).

Els estudis ens mostren múltiples justificacions per tal d'actuar amb educació sanitària en aquests col·lectius, però molts dels programes i iniciatives que s'han realitzant o es porten actualment a terme manquen d'una correcta avaluació, seguiment i contrast al final dels programes fet que dificulta la seva valoració.

Tot i així, si s'analitza aspectes per separat com poder de l'educació sanitària i el treball de les habilitats en els pares milloren el desenvolupament infantil i disminueixen el problemes posteriors en infants i joves(38).

L'evidència de l'estudi realitza a United Kingdom (UK), en què es determinar les discrepàncies entre la facilitat d'accés en activitats extraescolars en els infants i joves urbans i rurals amb baixos ingressos, les quals afavoreixen al desenvolupament de la seva identitat, afavorir que adquireixin un aprenentatge continu i permanent; i augmentar el seu rendiment acadèmic(33).

3. Justificació

En les dades extretes de l'informe del 2012 d'UNICEF(9), Espanya presenta un 17'1% de pobresa infantil, aquest fet significa que està a la cua del països Europeus els quals presenten major nombre de prevalença d'infants en situació de pobresa, només per damunt de països com Bulgària, Letònia o Romania(9). En comparació a les dades extretes de SESPAS trobem que en l'informe publicat el 2014 proporciona un increment de la prevalença fins al 27% el qual s'ha incrementat en 3 punts percentuals respecte el inici de la crisi(9). L'indicador AROPE(6) referent a la Unió Europea ens mostra que en comparació a la resta d'Estats membres, Espanya marca una diferència molt significativa, presentant-se en gairebé 9 punts percentuals per damunt de la resta d'Estats membres.

Sota aquestes dades percentuals existeixen nombroses repercussions en la salut i benestar dels infants, les quals són el resultat de l'experiència viscuda, de l'exposició a les dificultats, en relació a la duració, al moment en què es desenvolupen, a l'entorn en que es generen i que variaran amb la trajectòria produint connotacions en la salut(19). A més a més, aquestes repercussions suposaran un retraïment en el desenvolupament de la nostra societat repercutint en menor productivitat, menor nivell d'èxits assolits en sanitat i educació, major probabilitat de desocupació i dependència de la seguretat social, major cost en sistemes de protecció judicial i social així com la pèrdua de la cohesió social(9).

Tot i això, durant l'anàlisi de les diferents intervencions que s'estan portant a terme a diferents punts del món, podem observar que es tracta la pobresa infantil des de les diferents conseqüències com fets aïllats, mentre que la mateixa definició ens parla d'un problema multidimensional que depèn tant del context social i particular de cada família(8). Tant mateix, trobem escassa evidència científica en referència a intervencions pròpies d'infermeria que actuï en aquests àmbit mitjançant innovacions en l'educació sanitària o enfocades a l'atenció i seguiment d'aquests infants, si no que s'actua quan apareixen les primeres conseqüències i/o s'han derivat a altres que manifesten el problema. Arribats aquest punt, ens podríem plantejar programes d'intervenció conjunts abordant el problema des del punt de vista multidimensional a través d'equips multidisciplinaris els quals millorarien els resultats en les conseqüències infantils a curt i prevenir les conseqüències a llarg termini. Simultàniament, es presenta el programa d'intervenció que

pretén ser una innovació en l'àmbit fent participes als infants i adolescents conjuntament amb les seves famílies amb l'objectiu anterior descrit i aproximant una educació sanitària a les seves condicions i recursos individuals com a família i grupals dins del conjunt de població en aquesta situació que cada vegada afecta més infants.





Per tant, després de l'anàlisi de l'efectivitat de les intervencions en les diferents conseqüències en els infants, podem establir que una intervenció multidisciplinari en base a l'educació sanitària d'higiene i conducta social reduirà les conseqüències demostrades per l'evidència científica en aquests infants com són la manca d'higiene diària i bucodental, manca d'accés a recursos sanitaris, inadequada nutrició, absència escolar, relacions sexuals de risc, ansietat, depressió, insomni i una incorrecta relació paterna filial.

4. Objectius

4.1. Objectiu general:

Disminuir les conseqüències generades en la població infantil per la situació familiar de baixos recursos i risc d'exclusió social mitjançant la implantació d'un programa d'intervenció multidisciplinar centrat en la promoció dels hàbits saludables.

4.2. Objectius específics:

-  Promoure nous hàbits saludables als infants de 0 a 17 anys i les seves famílies en situació de pobresa i risc d'exclusió: alimentació equilibrada, salut sexual, descans i son, activitat física, salut mental i higiene diària i ambiental mitjançant el programa multidisciplinar.
-  Aconseguir una adherència del 75% de les famílies i dels infants als nous hàbits saludables promociionats a través del programa multidisciplinar, dos mesos posterior a l'execució del programa.
-  Disminuir un 15% les conseqüències de la situació de pobresa infantil a curt termini dos mesos posteriors a la finalització del programa. Es valoraran les següents: obesitat infantil, sedentarisme, depressió, ansietat, pràctiques de risc sexual, absentisme i rendiment escolar, vincle familiar, sociabilitat del infant, condicions de la llar i higiene personal.
-  Aconseguir una adherència del 50% de les famílies i dels infants als hàbits saludables promociionats pel programa multidisciplinar 12 mesos posterior a la finalització del programa.

5. Metodologia

5.1. Població diana

La població d'interès per l'abordatge de la intervenció són els infants en edats compreses entre 0 i 17 anys que viuen en situació de pobresa relativa i/o absoluta i risc d'exclusió; per tant, serà part essencial de la intervenció tota l'estructura familiar, incloent als infants i al pare, mare o tutor, que resideixin a la comarca de la Noguera.

5.2. Professionals als qui va dirigit

La proposta actual requerirà per la seva execució la participació d'un equip multidisciplinar compost per 4 membres pròxims a la estructura familiar i que exerceixen un paper rellevant dins del municipi, i comptarà amb 2 infermers, 1 treballador social i 1 psicopedagog. La conformació d'aquest equip facilitarà establir un vincle de confiança amb les famílies i els infants, amb major seguretat, són coneixedors de la situació de cada família.

Així doncs, serà necessari un equip investigador el qual gestioni el temps del programa, la coordinació d'aquests, les dades obtingudes de l'estudi descriptiu i l'avaluació del programa. Aquests serà compost per dos infermers/es i un administratiu ubicats a la capital de la comarca de la Noguera, Balaguer.

5.3. Metodologia de la recerca

5.3.1. Bases de dades consultades

Per l'elaboració del treball s'ha realitzat una revisió sistemàtica de les bases de dades relacionades amb els àmbits que implica la pobresa infantil i de caràcter científic com: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo, ScienceDirect, Base de datos del CSIC, SCOPUS.

D'altra banda, s'ha utilitzat bases de dades estadístiques referents l'Euroestat, l'INE i l'IDESCAT. També, s'han consultat i obtingut resultats de Plans d'actuació nacional com l'EAPN, el Pla Estratègic pel creixement de la Unió Europea, el Programa NAOS; i a nivell autonòmic com el Programa Nen Sa i Salut als Barris.

A més a més, s'han consultat estudis i intervencions realitzades per l'organització UNICEF ; i revisats els programes d'actuació d'entitats social com la Creu roja i La Caixa.

5.3.2. Període de recerca

El període de recerca bibliogràfica es va efectuar en dos temps.

El primer període de recerca, es va realitzar durant el Novembre del 2014 amb una durada d'un mes, en el qual es va obtenir un elevat nombre de bibliografia científica i del qual sen va fer una selecció acurada d'acord als criteris d'inclusió i exclusió.

El segon període es va realitzar durant el Desembre i el Gener del 2014-2015, d'una durada aproximada de 2 setmanes, per obtenir estudis més actualitzats i dades estadístiques més actuals.

5.3.3. Paraules clau

Les paraules claus utilitzades en les bases de dades en llengües estrangeres són: Childhood poverty, health poverty children, child well-being, policy, social service.

En el cas de les bases de dades espanyoles s'han utilitzat les següents paraules claus: pobreza infantil, consecuencias de la pobreza en la infancia, efecto de la pobreza en la infancia.

5.3.4. Criteris d'inclusió i exclusió dels articles

Els criteris d'inclusió per la selecció dels estudis són:

- Articles publicats a partir del 2009, a excepció de dos els quals van ser publicats al 2005 i 2006.
- Estudis relacionats amb la pobresa infantil en els àmbits educatius, salut, social i antropologia.
- Els estudis realitzats a Espanya, a nivell Europeu, en altres Estats i a nivell mundial.
- Els programes de promoció d'hàbits saludables a nivell estatal, a nivell de comunitat autònoma i realitzats en altres estats.

Criteris d'exclusió:

- Estudis inferiors al 2009, i dades estadístiques del INE i IDESCAT inferiors al 2014.
- Estudis no enfocats a la pobresa infantil i les seves conseqüències.

5.4. Síntesi de l'evidència trobada

L'evidència científica consultada per l'elaboració del marc teòric destaca el increment del percentatge de la pobresa infantil des de l'any 2008 fins al 2013 a nivell mundial, tenint en compte l'excepció dels països com Suècia, Islàndia, Noruega i Finlàndia (3,9). Si ens centrem en Espanya, podem observar com el 2011 es presentava una prevalença del 27%, mentre que en l'últim informe consultat, publicat en el 2014, es presenta una prevalença del 32'3% (3,7,12).

En l'anàlisi de territorial, la prevalença és major afectació en les comunitats del sud, on destaca l'elevat percentatge d'Extremadura amb un 46%. En el cas de Catalunya, està situada en la cinquena posició de les comunitats autònomes amb menor prevalença de pobresa infantil amb un 19'4%(3,12,13).

Per tant, estem davant un problema en continu creixement i d'afectació global, fet que fa essencial definir-lo i avaluar-lo correctament.

La recerca bibliogràfica realitzada, ens defineix la pobresa infantil, en el seu conjunt (absoluta i relativa), com els bens i recursos necessaris perquè els infants independentment de la seva raça, localització, cultura o classe social pugui desenvolupar-se correctament i aconseguir el màxim de benestar físic, mental i social(9). Al llarg de l'evidència, s'especifiquen ítems més concrets com la pobresa absoluta i la pobresa relativa. La primera correspon als nivells d'ingressos són inferior al 60% del mitjà estatal i que suposi impediments per cobrir les necessitats bàsiques del infant; mentre que la pobresa absoluta és aquella en què es presenten privacions de bens materials, en el cas dels infants suposa la manca d'aliments (proteïcs, verdures, fruites), llibres, celebracions familiars, manca de roba o calçat adequat, entre altres(9).

Davant el increment de la pobresa infantil, en el EU2020 s'estableix un indicador europeu que permet consensuar criteris i fer possible la comparació entre països de la Unió Europea.

Aquest indicador, anomenat AROPE, estableix diferents criteris els quals contemplen la pobresa relativa, la pobresa absoluta i el risc d'exclusió social, a través de subindicadors. Aquests s'aplica en el infants menors de 18 anys valorant els subindicadors en la llar(7,10).

Per tant, podem observar que la pobresa infantil depèn principalment de les condicions de la llar dels infants, fet que inclou múltiples condicionants o factors als quals ells no poden fer front, convertint-los vulnerables al seu entorn.

Entre aquests factors trobem: el nivell d'ingressos familiar, el nivell educatiu dels pares, la taxa d'ocupació del nucli familiar, les característiques de la família (nombrosa, monoparental), origen dels pares i les polítiques d'intervenció del país en què resideixen (8-17).

Des de l'àmbit d'interès propi, aquesta situació suposa unes conseqüències en el seu desenvolupament tant a nivell físic, mental com social. Aquestes conseqüències es tradueixen en alteracions a curt termini en la nutrició, produint un increment de l'obesitat infantil, a nivell mental amb un increment de la depressió i l'ansietat, a nivell social com una disminució de les capacitats socials del infant, entre moltes altres. Però les quals, presenten un efecte a llarg termini, com per exemple el increment del risc de patir malalties cardiometbòliques, les tendències a addiccions o manteniment de depressions i ansietat en l'edat adulta, en l'etapa de l'adolescència e increment de relacions sexuals de risc, embarassos no desitjats, i la perpetuació intergeneracional d'aquestes condicions(2,16,20-27).

Tot i l'evidència trobada davant les conseqüències sanitàries en la salut dels infants, existeix un dèficit de programes en salut encaminats exclusivament a aquest grup poblacional. Sent existent l'aplicació d'altres programes no exclusius i polítiques d'intervenció que fins al moment es mostren poc efectives, tenint en compte que no hem trobat una evidència d'un instrument que permeti avaluar la seva efectivitat.

6. Intervenció

6.1. Avaluació inicial i diagnòstic de la situació

Per tal de aproximar-nos al context actual, es va seguir un procés estructurat que va començar per la cerca bibliogràfica i la revisió de la literatura, amb l'objectiu general de conèixer els aspectes més rellevants del tema de interès i, d'aquesta manera, identificar quina era la situació i la problemàtica actual. Aquest primer pas ha permès donar un enfocament més acurat al fil conductor del present Treball Fi de Grau.

Un altre aspecte essencial pel diagnòstic de la situació, és el plantejament d'un estudi descriptiu i transversal del context en la població de la Comarca de la Noguera.

A continuació es detalla com es realitzarà el procés d'investigació descriptiu i transversal considerat per respondre a aquest punt.

6.2. Objectius

6.2.1. Objectiu general:

Conèixer la prevalença de pobresa relativa i absoluta, els factors sociodemogràfics i els hàbits de vida relacionats amb la situació de baixos recursos i risc d'exclusió social en els infants entre 0 i 17 anys residents a la comarca de La Noguera.

6.2.2. Objectius específics:

- Estimar la prevalença de pobresa relativa, de pobresa absoluta i risc d'exclusió social de la població infantil resident a la comarca de La Noguera.
- Descriure les característiques de la mostra en funció de les característiques sociodemogràfiques i hàbits de vida.
- Determinar quins són els factors associats a la situació de baixos recursos i risc d'exclusió social en aquests infants i les seves famílies.

- Conèixer els hàbits en alimentació, salut sexual, activitat física, son i descans de la població entre 0-17 anys i de la seva família.
- Determinar la relació paterna filial, les relacions socials i l'estat emocional dels infants entre 0-17 anys.

6.3. Disseny de l'estudi

En aquesta fase inicial es desenvoluparà un estudi epidemiològic, descriptiu i transversal.

6.3.1. Mesura de la mostra i tipus de mostreig

La mostra que utilitzem per realitzar l'estudi descriptiu és probalística amb un mostreig estratificat pels diferents municipis de la zona comarcal de la Noguera, els quals presentin una població superior a 1500 habitants, el quals comptin amb ABS, amb centres educatius d'ensenyament primari i ESO.

Segons les dades de IDESCAT, la comarca de la Noguera presenta una població total de 39.828 habitants dels quals el 16'99% (6.769 habitants) tenen entre 0 i 17 anys.

En un primer moment, la mesura de la mostra es va calcular per una proporció, amb un nivell de confiança del 95%, assumint un error mostral del 4% i una proporció esperada del 32'3%. La mesura de la mostra resultant es de 494 individus.

6.3.2. Població d'estudi

Quedaran inclosos en l'estudi tots aquells nens entre 0 i 17 anys empadronats a la comarca de la Noguera, tenint en compte aquells municipis amb una població superior a 1500 habitants, el quals comptin amb ABS, amb centres educatius d'ensenyament primari i ESO.

6.3.3. Variables i instruments de mesura

I. Variables dependents:

Pobresa i risc d'exclusió social: Per a la mesura de la situació de baix recursos s'han considerat els indicadors d'UNICEF i l'AROE. El primer ens permet realitzar una medició amb ítems específics per la situació de pobresa absoluta i relativa dels infants. El segon, l'indicador AROPE, permet la medició de la pobresa absoluta i relativa, aquests darrer establert en uns ingressos inferiors en el 60% del sou base estatal, i la discriminació del risc d'exclusió social, el qual es considera que les persones amb pobresa absoluta presenten un risc d'exclusió social.

Per tant, parlem d'una variable qualitativa amb tres categories que inclou *sense signes de pobresa*, *pobresa relativa* i *pobresa absoluta*. Aquesta es recollida mitjançant els indicadors esmentats anteriorment a través del qüestionari "*Coneguem la situació dels nostres infants*" dissenyat per a tal fi.

II. Variables independents

Entenem aquells factors que propicien les conseqüències estudiades en la població infantil. En aquests cas es detallaran diferents variables, unes a afectes directes dels infants i unes altres enfocades a l'entorn d'aquest.

a) Dades sociodemogràfiques i educatives dels pares/tutors dels infants

- Nacionalitat dels pares/tutors: diferenciarem la variable qualitativa en una medició dicotòmica, establint dos opcions, origen espanyol i origen no espanyol. En aquesta segona opció es deixarà oberta per tal d'especificar el grup ètnic.
- Edat: establim intervals d'agrupacions d'edats en períodes de 10 anys; 18-28; 29-39; 40-50; 51-61 anys.
- Residència: es tracta d'una variable qualitativa politòmica, la qual es determinarà mitjançant una pregunta oberta que permeti especificar el poble concret de cada infant.

- **Nivell educatiu dels pares/tutor:** utilitzarem una escala ordinal per agrupar la variable en funció del nivell educatiu diferenciant el sexe del progenitor, establint així una escala per cadascú. Diferenciarem els següents ítems: no acabats els estudis bàsics, estudis bàsics, estudis superiors.

b) Qualificació del treball: variable qualitativa en que utilitzarem una escala ordinal amb el següent ordre per identificar la qualificació del treball, en primer lloc feines no qualificades, segon feines amb baixa qualificació i, en tercer lloc, feines amb alt nivell de qualificació.

c) Dades sociodemogràfiques i educatives dels infants

- **Edat:** establim períodes d'edats compresos cada 5 anys, de manera que es crearan tres grups 0-5 anys; 6-11 anys; i 12-17 anys, aquestos ens facilitaran la diferenciació segons les etapes del desenvolupament per avaluar l'assoliment dels coneixements educatius sanitaris i els beneficis aconseguits.
- **Sexe:** establint una variable qualitativa dicotòmica, definit el sexe home o dona.
- **Residència:** es tracta d'una variable qualitativa, la qual es determinarà mitjançant una pregunta oberta que permeti especificar el poble concret del pare i mare.
- **Nivell educatiu del nen:** en aquests cas per determinar un ordre seqüencial a la variable qualitativa utilitzarem una medicació en escala ordinal en la qual ítem més baix on el primer serà la no escolarització del nen, segon ítem preescolar, tercer ítem primària i, per últim, com a quart ítem estudis secundaris.

d) Entorn familiar del infant (estructura i nivell econòmic familiar)

- **Taxa d'ocupació en la llar:** en aquest cas ens basem amb els ítems establerts en l'AROPE, els membres de la família en edats compreses entre 18-59 anys que treballen < 20% de les hores totals o > al 20% en el darrer any.
- **Nivell ingressos familiars:** també ens basem en els ítems establerts en el consens Europe amb l'indicador AROPE el qual diferencia si la família presenta uns ingressos <60% de la mitja en aquests cas espanyola o >60%.

- Característiques de l'estructura familiar: diferenciarem l'estructura familiar segons la seva composició (nombre de membres i tipus de membres) com a una variable qualitativa politòmica en que es determinen les opcions família monoparental, família convencional, famílies nombroses (> 2fills), famílies amb < a 2 fills.
- Ús de prestacions de econòmiques del Servei de Benestar Social i Salut: es determinarà amb una pregunta directa i tancada generant una medicció de la variable qualitativa dicotòmica si o no.
- Privació: partint de la base del indicador AROPE definim com indicadors específics; es mantenen al corrent amb els pagaments (factures, hipoteca, lloguer, altres prestacions bancàries), poden mantenir una temperatura adequada a la llar al menys durant el període hivernal, es poden permetre anar al menys una setmana de vacances a l'any, consumeixen un cop mínim de cada dos dies de productes proteics (carn, peix equivalent en vegetarians) i capacitat econòmica per afrontar despeses imprevistes.

e) Condició de l'habitatge i higiene ambiental

Per determinar aquesta variable ens basem en la "Encuesta de calidad de vida" del INE de la llar, en aquesta es determina les condicions de l'habitatge i qualitat de vida a partir de diferents ítems qualitatius, entre aquests utilitzem els següents:

- Tipus de vivenda: es determinarà amb una escala ordinal amb els següents apartats llar unifamiliar independent, llar unifamiliar adossada, pis, apartament, habitatge situat en edificis destinats per altres fins (col·legis, oficines, tallers,..etc), altres tipus d'habitatges (barraques, cabanyes, etc)
- Règim de l'habitatge: propi, lloguer, ocupació, cedida.
- Número d'habitacions de l'habitatge: es valorarà d'acord al nombre de persones que hi conviuen establint la següent dicotomia suficient pel nombre de persones, insuficient.
- Instal·lacions bàsiques de la llar: es valorarà la variable qualitativa amb una pregunta tancada de múltiple resposta: calefacció, dutxa/banyera, vàter amb aigua corrent, aigua calenta, electricitat, cap de les anteriors, totes les anteriors.

- Equipament de la llar: inclou electrodomèstics i altres elements freqüents en les llars i que milloren la qualitat de vida dels seus residents, es valorarà amb una resposta múltiple: rentadora, nevera, telèfon, connexió a Internet, televisor, ordenador, vehicle, cap dels anteriors, tots els anteriors.
- Condicions salubritat de la llar: valora si presenta els següents problemes: humitats, goteres, aïllament inadequat al fred, presència de fum, infestacions i àcars.
- Situació de la llar: condicions de la zona en que es troba, es valora a través de diferents ítems: vandalisme o delinqüència a la zona, disposa de zones lúdiques o verdes pròximes, fàbriques o tallers pròxims que generin fums, excés de sorolls o aigües residuals.

f) Accés a recursos sanitaris

Inclou l'accés al servei públic i privat, així com limitacions que poden tenir. Per tant determinarem si requereixen l'ús de transport per tenir accés als recursos sanitaris públics, es valorarà el tipus de transport que utilitzen (públic o privat). En relació als serveis sanitaris privats es valorarà la necessitat del odontòleg o altres serveis privats, deixant oberta la resposta, i preguntant el seu ús o manca d'aquesta i el motiu.

6.3.4. Mètode de recollida de dades

Per poder portar a terme l'estudi descriptiu i transversal de la població infantil de la Comarca de la Noguera, amb les variables recentment descrites, es realitzarà la recollida de dades mitjançant un qüestionari autodissenyat anomenat "Descripció de la situació dels infants de la Comarca de la Noguera" (*annex 1*).

El disseny del qüestionari parteix dels indicadors de l'AROPE, per valorar la pobresa relativa, la pobresa absoluta i el risc d'exclusió social. En el qual a més a més, es contemplen les dades sociodemogràfiques necessàries per obtenir una descripció de les condicions de vida del infant.

El qüestionari estarà disponible en els dos idiomes oficials de la Comunitat Autònoma, Espanyol i Català, facilitant així la participació, comprensió i resposta d'acord a la multiculturalitat de la zona comarcal.

En aquest cas, perquè la mostra poblacional sigui representativa cal que sigui àmplia amb un total de 494 individus, estratificada per municipis i de selecció aleatòria, per aquest motiu es realitzarà la captació dels participants mitjançant el padró municipal. Així doncs, per agilitzar el procés, la realització del qüestionari serà dut a terme per via telefònica, estimant un promig per la seva realització de 20 minuts.

D'altra banda, es facilitarà a l'equip una xerrada informativa amb l'objectiu de formar-los per la realització de l'enquesta a la població referent per l'estudi, i en que es determinaran les variables dependents i independents que es vol analitzar. Seran aquests, doncs, els encarregats de presentar l'estudi descriptiu i transversal, així com la voluntat a participar, que serà recollida i informada verbalment.

6.4. Disseny de la intervenció

La intervenció d'infermeria dissenyada pel present Treball Final de Grau porta per títol "**Programa Multidisciplinari de Promoció de la salut: Hàbits saludables en la població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social**", que es basa en un programa de promoció de la salut, centrat en la promoció, adequació, implantació i manteniment d'hàbits saludables en la població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social.

Aquest consisteix en abordar les conseqüències de la situació de baix recursos en els infants des d'una visió holística mitjançant l'abordatge d'un equip multidisciplinari.

Està dirigit als infants i adolescents en edats compreses dels 0 fins als 17 anys i les seves famílies, els quals han de ser residents a la Comarca de la Noguera i complir els criteris d'inclusió definits per l'equip investigador.

S'estableix com a pilar fonamental i objectiu principal del Programa, l'adquisició i millora dels hàbits saludables, ja que l'evidència científica mostra l'elevat nombre de repercussions

en la salut física i mental dels infants precedits per uns hàbits poc saludables i per un entorn i/o situació poc facilitadora. Simultàniament, el Programa cobreix les àrees de recursos socials i d'educació, àmbits destacats en l'evidència per determinar el desenvolupament i les condicions dels infants.

El programa es desenvoluparà en els municipis seleccionats a través dels següents criteris: per tenir una població superior a 1500 habitants i els quals disposin d'un ABS, d'un centre educatiu amb ensenyament secundari obligatori i ensenyament primari; àrea geogràfica i proximitat poblacional.

Determinant els següent: Balaguer, Ponts, Artesa de Segre, Vallfogona de Balaguer i Albesa.

6.4.1. Recursos humans

L'equip estarà compost per 4 membres, establint un mínim de 2 infermers, 1 treballador social i 1 psicopedagog; aquests membres destacats de cada municipi de referència, esmentats anteriorment.

Els professionals exerceixen un paper rellevant i tenen un major contacte amb la població, el qual els permet establir un vincle de confiança amb les famílies i infants, sent aquests coneixedors amb major facilitat de la situació de cada família.

Cada equip multidisciplinari realitzarà accions dirigides a nivell grupal i individual (el nucli familiar) a la població referent en situació de pobresa relativa i absoluta i risc d'exclusió social.

En el qual, cada professional de l'equip desenvoluparà unes funcions específiques d'acord als seus coneixements i àmbit d'actuació. Aquestes són:

- ✓ **Infermeria:** procedent de l'equip d'atenció primària. Mínim dos infermers/es per municipi.

Estaran al càrrec de promocionar els hàbits saludables a la família i als infants mitjançant tallers i sessions informatives dirigides i adequades al grup poblacional.

En aquests es tractaran: la higiene diària i bucodental, l'alimentació, la higiene de la llar i les condicions mínimes d'aquesta, les tècniques d'higiene alimentària, les

relacions sexuals, els mètodes anticonceptius i les pràctiques de risc. Enfocat a la salut mental es fomentarà la sociabilitat del infant aprofitant els mateixos tallers i activitats lúdiques. A més a més, en aquest punt es fomentarà les activitats esportives, els hàbits en dormir i descansar, i tallers destinats a la comunicació assertiva i l'expressió de sentiments.

També desenvoluparà el paper de suport emocional als pares facilitant l'expressió de sentiments, tècniques per disminuir l'estrès davant la situació, es facilitarà sessions conjuntes amb altres pares per compartir experiències. Es fomentarà la relació paterna filial amb activitats que es basin amb un objectiu conjunt pares i fills.

- ✓ **Treballador social:** procedent de l'àrea bàsica de salut o del ajuntament.

Serà l'encarregat de valorar la situació familiar de cada nucli familiar per tal de facilitar recursos socials de la comarca encaminats a les necessitats econòmiques, materials i d'habitatge. Així com, fer-los coneixedors d'altres recursos subvencionats per l'estat o d'entitats socials.

- ✓ **Psicopedagog:** aquests desenvolupen la part d'estimulació cognitiva educant als pares en tècniques que facilitin l'aprenentatge infantil, el reforç educatiu i l'estimulació cognitiva.

6.4.2. Recursos materials

Caldrà disposar com mínim d'un espai públic amb capacitat suficient per realitzar les activitats grupals. Aquest espai ha de disposar de material tecnològic per poder realitzar les projeccions i vídeos que desitgin utilitzar els professionals per les sessions.

Aprofitant l'avinentesa que es tracta d'una acció comunitària, es sol·licitarà els permisos necessaris perquè aquest espai sigui un establiment públic de l'Ajuntament de cada municipi de referència.

Pel taller de cuina i dieta equilibrada serà necessaris aliments, els quals seran adquirits gràcies a la col·laboració de la Creu Roja.

6.4.3. Temporalitat de les sessions i activitats

El programa es realitzarà en un període de 60 dies, durant els mesos de setembre i octubre, distribuïts en dos fases. Durant aquest període es distribuïran les activitats de la següent manera:

Primera fase:

Es realitzarà durant els primers trenta dies, en el mes de setembre.

Aquests estan destinats perquè l'equip acudeixi a tots els domicilis i realitzi el primer qüestionari i valoració de la situació. A més a més, s'iniciaran les activitats individuals dins el nucli familiar.

Tot aquest procés es realitzaran un mínim de tres visites per família al domicili.

Aquestes s'organitzaran de la següent manera:

- I. Primer contacte amb la família: assistiran al domicili els dos professionals d'infermeria, el treballador social i el psicopedagog/educador. Es presentaran i, seguidament, es realitza l'entrevista amb tota la família, es recollirà el consentiment informat, s'informarà dels drets i deures i s'explicarà el programa oferint un tríptic amb les sessions i activitats planificades.
- II. Inici activitats amb la família: aquesta es realitzarà una valoració de les necessitats més acurada. Infermeria atindrà per separat pares i nens de manera consecutiva en les dos reunions domiciliaries. D'aquesta manera es poden detectar i tractar aspectes més íntims per individual que s'abordaran en les sessions grupals o en cas particular en la següent trobada al domicili. D'altra banda pot acudir simultàniament l'educador o treballador social, el qual intervindrà amb l'altre membre de la família.
- III. Tercera visita al domicili: acudeix infermeria i el treballador social o l'educador. Es portaran a terme les intervencions en l'altre membre i es concretaran les sessions grupals.

Segona Fase:

Es realitzarà durant els següents trenta dies, corresponents al mes d'octubre, en què es dura a terme les activitats i tallers grupals per municipis. La durada de les sessions o tallers serà d'aproximadament 2 hores, a excepció de les activitats a l'aire lliure i del taller de cuina.

Intervindrà principalment infermeria i els educadors, distribuint les sessions de la següent manera:

- I. Sessions educació sanitària dels hàbits saludables: es portarà a terme pel professional d'infermeria amb el suport dels altres professionals lliures, en un màxim de 6 sessions. Es tractarà els següents temes: higiene diària i alimentària, dieta equilibrada, son i descans, activitats esportives i lúdiques, tallers d'empatia i comunicació.

Es realitzaran activitats destinades als infants, infants i pares conjuntament i destinades als pares.

- ✓ **Activitats i tallers pels infants:** es realitzaran 4 sessions, en les quals es tractaran temes de sexualitat(segons edat), higiene diària, activitat física, alimentació, son i descans. En la segona sessió es tractarà l'empatia i la comunicació mitjançant activitats pràctiques i fomentant la relació. En els tallers d'infants, si es possible es crearan grups per edats d'acord al tema a tractar.
- ✓ **Activitats i tallers pels pares i nens:** tallers de cuina en què participin conjuntament en la compra i elaboració de la dieta d'un dia. La segona sessió es destinarà a realitzar una activitat esportiva a l'aire lliure amb activitats i jocs, la qual té l'objectiu de fomentar l'activitat esportiva, les relacions socials i el vincle familiar.
- ✓ **Activitats i tallers pels pares:** es destinaran dos sessions. La primera que s'abordaran aspectes d'higiene, alimentació a través de xerrades i fomentant espais de participació i resolució de dubtes. La segona que s'abordaran aspectes relacionats amb la comunicació familiar, el rol patern, tècniques de relaxació i disminució de l'estrès i es treballarà el vincle familiar.

II. Educació i estimulació: es realitzarà en dos sessions una destinada als pares i l'altra als infants.

- ✓ **Pares**: es tractaran estratègies educatives, tècniques i hàbits d'estudi i es parlarà d'activitats extraescolars que fomentin l'educació i l'estimulació cognitiva.
- ✓ **Nens**: es tractarà les noves tecnologies i l'ús adequat d'aquestes, com utilitzar-les d'una manera efectiva i el potencial que tenen per millora el seu rendiment. També se'ls explicarà tècniques d'estudi i es promocionaran les activitats que fomentin l'estimulació cognitiva.

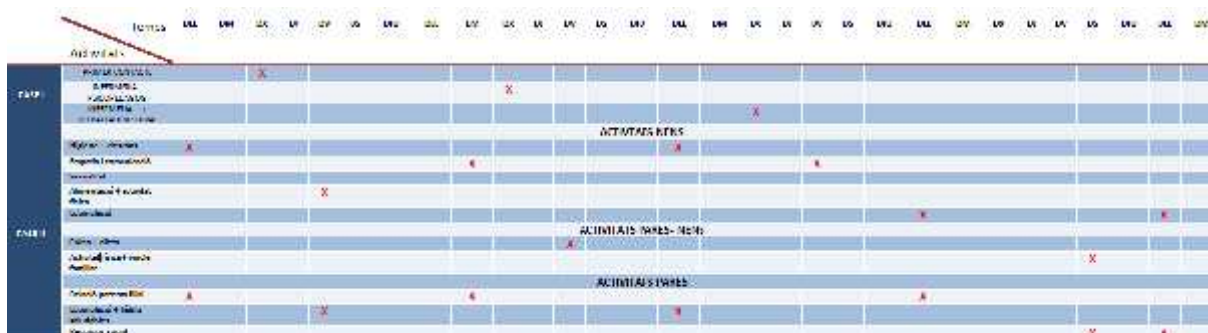
III. Treballador social: es destinarà una sessió final per exposar recursos de la comunitat, serveis i organitzacions que destinen espai i organitzen activitats pels infants; i faciliten recursos per les famílies.

6.4.4. Cronograma de l'execució del programa

En la següent figura es mostra la planificació i estructura de l'execució del programa en la primera i la segona fase.

Es mostra en dies naturals, en que la primera fase correspon al mes de setembre i la segona fase al mes d'octubre del 2015. A conseqüència de la planificació a una previsió de tant llunyana quedarà pendent especificar els dies concrets sent susceptible a canvis d'acord als dies de la setmana i disponibilitat dels grups.

Figura 4. Cronograma execució del Programa



6.5. Implantació del projecte

6.5.1. Municipis

Com s'ha esmentat anteriorment, el projecte està pensat per desenvolupar-se simultàniament en 5 municipis de la comarca de la Noguera. Aquests són escollits mitjançant els següents criteris: municipis amb una població superior a 1500 habitants, el quals comptin amb ABS, amb centres educatius d'ensenyament primari i ESO; i d'acord a la distribució geogràfica i selecció aleatòria, que permeti facilitar la proximitat a tots els participants.

6.5.2. Permisos necessaris

Per l'execució del projecte serà necessari sol·licitar a l'ajuntament de cada municipi un espai públic amb capacitat suficient per realitzar les activitats i tallers presentats anteriorment.

A més a més, per la formació dels professionals serà necessari una sala cedida per l'Ajuntament de Balaguer, ja que es tracta de la capital de la comarca.

D'altra banda, es demanarà la col·laboració de la Creu Roja per l'elaboració del taller cuina i dieta equilibrada i la sortida a l'aire lliure amb voluntaris que facilitin el maneig de l'activitat.

6.5.3. Formació dels professionals

La formació dels professionals es durà a terme a Balaguer, per proximitat i com a capital de la comarca.

Aquesta es realitzarà al mes de maig abans d'iniciar l'estudi descriptiu i, la primera setmana de setembre, just abans del programa, sent susceptible a canvi d'acord a la data d'inici de l'estudi o del programa.

La formació serà a càrrec de l'equip investigador, els quals realitzaran les dos sessions de dos hores cadascuna.

Aquestes es distribuïran de la següent manera:

- ✓ **Primera sessió:** s'explicaran els objectius de l'estudi descriptiu i la tècnica per realitzar el qüestionari via telefònica. Es plantejaran les activitats i tallers encaminats

al programa, es realitzarà una pluja d'idees per gestionar i dirigir les activitats arribant a un consens al final de la sessió.

- ✓ **Segona sessió:** es formarà als professionals per la realització de la primera enquesta d'avaluació de l'estudi quasi experimental del programa i es deixarà temps per la resolució de dubtes relacionats en la primera i la segona sessió.

A més a més, per facilitar la comunicació i treball en equip es facilitarà un correu electrònic i telèfon per facilitar la resolució de dubtes, canvis en el programa, en les activitats o en el grup.

6.5.4. Captació de la població

La captació de la població es realitzarà de manera aleatòria i estratificada a partir del padró municipal i de l'estudi descriptiu el qual ens indicarà quins són els infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social.

6.5.5. Temporalitat d'implantació del projecte

El projecte s'implantarà el més de setembre simultàniament als cinc municipis esmentats anteriorment, pels professionals de cada municipi. Pot ser variable la data d'inici dins del mes de setembre, però han de finalitzar com a màxim a l'octubre.

En la següent figura es mostra el cronograma d'implantació de tot el projecte:

Figura 5. Cronograma implantació del projecte

Temps	NOV'14	DES'14	GEN'15	FEB'15	MAR'15	ABR'15	MAY'15	JUNY'15	JUL'15	AGT'15	SET'15	OCT'15	NOV'15	GEN'16	SET'16
Activitats	Recerca bibliogràfica	Síntesi evidència científica	Segona recerca bibliogràfica	Planificació de la intervenció i avaluació	Disseny Intervenció	Realització de primeres	1era Formació professionals	Laboració dels resultats	Obtenció dels resultats de l'estudi descriptiu	Selecció participants	2ona Formació professionals	Realització del programa	Avaluació del programa 5 mesos després	Obtenció resultats	Avaluació del programa 12 mesos post
		Realització del marc teòric	Realització del marc teòric			Captació dels professionals	Actuació descriptiva			Entrevistes telefòniques participants	Realització del programa base				Obtenció resultats

6.5.6. Avaluació del projecte

L'avaluació del projecte requereix un estudi quasi experimental, en dos fases una inicial per la descripció de la situació prèvia i la segona que valorarà l'efectivitat del programa primer dos mesos posterior i l'altre als 12 mesos posteriors a la intervenció.

L'avaluació es detalla més concretament en el següent apartat.

6.6. Avaluació de la intervenció e implantació de canvis

Després de l'avaluació inicial, el diagnòstic de la situació i d'haver dissenyat la intervenció, es desenvoluparà un estudi quasi experimental on es durà a terme la intervenció d'infermeria proposada, amb una avaluació pre-intervenció i una avaluació post intervenció als dos mesos i, una altra als 12 mesos, per tal de conèixer l'efecte del programa proposat sobre les variables a estudi, responen a l'absència d'estudis que permetin identificar i avaluar estratègies efectives dirigides a la promoció d'hàbits saludables en aquest grup poblacional.

6.6.1. Objectius

6.6.1.1. Objectiu general

Conèixer l'efectivitat d'un programa d'intervenció multidisciplinari per a disminuir les conseqüències dels infants generades per la situació familiar en baixos recursos i risc d'exclusió.

6.6.1.2. Objectius específics

- Avaluar l'eficàcia del programa "Promoció de la salut: hàbits saludables en població infantil en situació de risc" sobre els hàbits en higiene diària, higiene alimentària, dieta, millora en el rendiment acadèmic, millora de la salut mental i sociabilitat del nen i relació paterna filial en un període de 2 mesos posteriors a la intervenció.

- Determinar l'eficàcia del programar per l'adherència dels nous hàbits en les famílies i els infants en un període de 12 mesos posteriors a la intervenció.
- Conèixer en quina edat dels infants s'han obtingut majors beneficis i adherència als nous hàbits, així com especificar les condicions de l'entorn, recursos i les característiques de la família en que s'han produït.

6.6.2. Disseny de l'estudi

El tipus d'estudi que es presenta tracta d'un estudi quasi experimental pre i post, el qual es desenvoluparà en dos fases ben diferenciades:

- ✓ **Pre-intervenció:** forma part de la pròpia intervenció, es portarà a terme durant el primer contacte amb la família. Es passarà el qüestionari a fi de conèixer els hàbits en higiene diària, higiene alimentària, en l'estat nutricional, en salut mental, en activitat física i lúdiques, hàbits en el son i el decans, establir la relació paterna filial i altres relacions socials dels infants.
- ✓ **Post-intervenció o fase de seguiment:** s'utilitzarà el mateix qüestionari en les dos avaluacions posteriors al programa.
 - I. La primera avaluació post intervenció, es realitzarà dos mesos posteriors a la finalització del programa per tal de conèixer l'efecte del programa sobre les variables a estudi a curt termini.
 - II. La segona avaluació post-intervenció es basarà en el seguiment i avaluació longitudinal de l'efectivitat del programa i l'assoliment dels objectius a llarg termini, 12 mesos després de finalitzada la intervenció comunitària.

6.6.3. Mesura de la mostra i tipus de mostreig

Pel càlcul de la mostra necessària es va tenir en compte la necessitat de comparació de dos mesures aparellades (mesures repetides) en un sol grup, en què el interès es basa en comparar el canvi mig entre la mesura basal i la posterior.

Així doncs, aplicant un contrast bilateral amb un risc α de 0.05 i un risc β de 0,20 i assumint una proporció del 32'3% preintervenció i de un 10% postintervenció; i tenint en compte que les possibles pèrdues dels individus en la fase longitudinal s'estimen d'un 10%, la mostra resultant és de 67 subjectes.

Posteriorment, a partir de les dades del padró municipal i dels resultats de l'estudi descriptiu, prèviament desenvolupat, es realitzarà un mostreig estratificat entre els municipis de més de 1500 habitants de la zona comarcal de la Noguera habitants i els quals disposin d'un ABS, d'un centre educatiu amb ensenyament secundari obligatori i ensenyament primari; àrea geogràfica i proximitat poblacional. Aquests són: Balaguer, Ponts, Artesa de Segre, Vallfogona de Balaguer i Albesa.

Pel càlcul de la mostra necessària per aquest punt, es va tenir en compte la necessitat de comparació de dos mesures aparellades en un sol grup, en què el interès es basa en comparar el canvi mig entre la mesura basal i la posterior. Així doncs, acceptant un risc α de 0.05 i un risc β de 0,20 en un contrast bilateral, calen 11 subjectes assumint que la proporció inicial d'esdeveniments és del 0.5 i al final del 0.3. Estimant una taxa de pèrdues de seguiment del 10%.

6.6.4. Població d'estudi

6.4.4.1. Criteris d'inclusió:

Infants residents a la comarca de la Noguera en edats compreses entre 0-17 anys i les seves famílies, els quals presentin dos o més dels indicadors de situació de pobresa absoluta, recollits en els indicadors d'UNICEF i en l'AROPE. Així mateix, hauran de complir simultàniament el indicador de pobresa relativa el qual s'estableix en uns ingressos inferiors en el 60% del sou base en context espanyol.

No es tindrà en compte la inscripció al Institut Català de la Salut dels participants ni serà necessària la obligatorietat de l'escolaritat.

6.4.4.2. Criteris d'exclusió:

Quedaran excloses totes aquelles famílies i infants que no desitgin formar part de la intervenció, aquells infants que no presentin al menys dos dels indicadors de pobresa privativa i l'indicador de la pobresa relativa, els que no estiguin empadronats, així com les famílies que durant el desenvolupament de la intervenció canviïn de domicili sent aquests fora de la comarca, i aquells que durant el transcurs de la intervenció augmentin el seus ingressos quedant-se per sobre dels indicadors establerts.

Per altra banda, no seran inclosos aquells infants que siguin hospitalitzats o ingressats en algun centre de serveis socials durant el primer període de la intervenció, en un interval superior a 15 dies. Per últim, poden deixar de formar part de l'última fase del procés aquells infants i les seves famílies en què no es pugui realitzar la segona fase i el seguiment a 12 mesos posteriors de la intervenció.

6.4.5. Variables i instruments de mesura

I. Variables dependents

- a) **Obesitat:** per obtenir aquesta variable necessitem dos variables directes i una generada a partir d'aquesta el Índex de Massa Corporal (IMC).

Per tant, s'analitzaran les variables pes (Kg) i talla (m) tractant-se d'una variable quantitativa i contínua i en una escala de raó, les quals accepten mesures en decimals.

La variable IMC es contempla com una variable quantitativa contínua i en mesura d'escala de raó. D'aquesta obtindrem la variable qualitativa politòmica amb la següent escala nominal: obesitat, sobrepès, normal, pes per sota.

- b) **Sedentarisme i activitat física:** es classifica com una variable qualitativa amb escala nominal. Aquesta es realitzarà l'anàlisi mitjançant el qüestionari validat

Physical Activity Questionnaire for Adolescents (IPAQ-A)(47) en espanyol i acceptada a Espanya. Es basa en 9 preguntes les quals es valoren mitjançant una escala de Likert de 5 punts. Recull l'activitat física realitza en la última setmana i la freqüència d'aquesta, ja sigui en les classes d'educació física o en el seu temps lliure(48).

L'aplicació d'aquesta s'inclourà en Espanyol donat que es la llengua amb la qual està acceptada.

- c) **Ansietat i depressió:** variable qualitativa politòmica, utilitzant una escala nominal. Es farà ús de l'escala validada a Espanya, *Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)*(49) enfocada a infants i adolescents. Aquesta inclou un total de 47 ítems que permeten avaluar símptomes del DSM-IV en sis dimensions en tall en les preguntes següents: TAS = 5, FS = 10, TAG = 7, TP = 12, TOC = 5, y TDM = 11. La mesura de la pregunta es realitza amb una escala de freqüència del 0-3 punts (0=mai, 1=a vegades, 2= sovint, 3=sempre). L'aplicació d'aquesta s'inclourà en Espanyol donat que es la llengua amb la qual està acceptada(49).

II. Variables independents

L'anàlisi de les variables dependents es realitzarà en dos grans grups, el primer el qual està relacionat amb els hàbits saludables i el segon gran grup és la sociabilitat i la salut mental del infant i adolescent.

Hàbits saludables:

- a) **Alimentació:** en aquesta variable ens basem amb els criteris d'UNICEF per determinar el nivell i qualitat alimentaria dels infants.

Es valorarà:

- Nombre d'àpats al dia: variable quantitativa establint els intervals següents:
1-2 àpats/dia; 3-4 àpats /dia i 5 o més àpats/dia

- Freqüència d'un plat proteïnes a la setmana (carn/peix/equivalent en vegetarians): variable qualitativa en mesurada 1vegada/setmana, dos vegades/setmana, 3 o més a la setmana i cap vegada.
- Freqüència de fruites i verdures al dia: 1-2 al dia, 3 vegades al dia, > a 3 vegades al dia, cap
- Làctics i derivats: 1-2 racions/dia, 3-4 racions/dia, >4 racions/dia, cap.

A més a més també es recolliran els coneixements dels pares en la manipulació dels aliments, en què es valorarà els següents ítems:

- Conservació dels aliments a la nevera: s'analitzarà la variable qualitativa amb una variable dictòmica de resposta si/no referent al mètode de conservació en la nevera (ordre en què s'han de dipositar/guardar els aliments a la nevera i coneix aliments que han d'estar o no en la nevera)
- Control de caducitat dels aliments: s'analitzarà com a variable qualitativa dictòmica si/no, referent a si vigila la caducitat quan compra i en un segon a apartat si ho comprova abans de consumir.
- Mesures higièniques: es valorarà mesures higièniques en les mans i estris abans i després de manipular els aliments i com guarda els aliments al congelador i la nevera. Utilitzarem una variable dictòmica en les variables higièniques amb opció si/no com a resposta. En el mètode d'emmagatzematge dels aliments tan en nevera com en el congelador es presentarà amb opció de múltiple resposta permeten més d'una opció en la resposta.

b) Higiene diària i bucodental: valorem la freqüència de cadascuna d'elles establint intervals i valorant l'ús de material necessari.

- Higiene diària establim intervals setmanals: 1 vegada/setmana, 2-3 vegades/setmana, cada dia, mai.

Respecte a l'ús d'estris necessaris es tindran en compte: tovalloles individuals per cada membre, l'ús d'esponges, sabó neutre, sabó pels cabells, disposen d'aigua calenta.

- Higiene oral es valorarà la freqüència al dia: 1 cop, 2 cops, mai, sempre després de menjar.

Estris que s'utilitzen es valorarà com a variable qualitativa amb una pregunta d'opció múltiple amb més d'un opció en la resposta: raspall adequat a l'edat i en textura, fil dental i col·lutori.

c) El descans nocturn: valorar el nombre d'hores de descans nocturn i la qualitat d'aquests, establint dos preguntes en la primera es definiran els intervals d'hores de descans (4-5h; 6-8h, 9h o més) i en la segona es valorarà amb una escala la qualitat del son (bé, no massa bé, malament/no dormo).

d) Relacions sexuals de risc: aquesta variable exclusiva pels infants de més de 12 anys. S'inclourà diferents apartats en què es determinarà:

- L'ús de mètode anticonceptiu: variable dictòmica que es determinarà amb una pregunta tancada de resposta si/no.
- Es determinarà quin utilitza dels diferents mètodes anticonceptius: resposta múltiple en que es numeren els diferents mètodes anticonceptius (preservatiu masculí, preservatiu femení, pegats intradèrmics, anell vaginal, pastilles anticonceptives, diafragma, implants intradèrmics,
- Pràctiques de risc: es valorarà la freqüència d'aquesta considerant una variable qualitativa utilitzant un escala ordinal establint com a freqüent, poc freqüent, mai.
- Ús de la pastilla del dia després: variable quantitativa en que determinarem l'ús amb una pregunta tancada d'única resposta sí/no, i també se'n valorarà la freqüència d'ús amb una escala ordinal determinat 1 vegada, 2-3 vegades, 4 o més vegades
- Interrupció voluntària de l'embaràs: variable quantitativa mitjançant una pregunta tancada d'opció única en la resposta Si/No.

Sociabilitat:

a) Relació paterna filial: en aquest cas es valorarà la percepció del nen i la dels pares. Valorant de manera qualitativa en escala ordinal, bona, no massa bona, molt bona.

b) Sociabilitat del nen: per valorar aquesta variable qualitativa es redactarà al final de l'enquesta juntament amb la variable de relació paterna.

- La relació amb altres nens/es: es definirà una pregunta de múltiple resposta d'opció única, tinc amics a l'escola, no tinc amics a l'escola. Es valorarà també en una segona qüestió si tenen relació amb altres nens que no siguin de la mateixa escola, en una pregunta d'única resposta establint-se com a dicotòmica si/no.

6.4.6. Mètode de recollida de dades

Un cop s'obtingui l'estudi descriptiu i transversal, que a través del padró municipal ens permetrà conèixer la població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social, es seleccionarà de manera aleatòria i estratificada als participants corresponents necessaris per la realització del programa i la seva avaluació.

Serà un membre l'equip investigador, juntament amb el professionals que executaran el programa d'intervenció, qui es posarà en contacte via telefònica per verificar la voluntat de participació, de manera que es concertarà dia i hora per poder acudir al domicili a fi de portar a terme l'entrevista i el qüestionari, explicar en què consisteix i els objectius d'aquests, així com, iniciar el programa. A més a més serà en aquest primer contacte on es recolliran els consentiments informats, es proporcionarà el tríptic informatiu del programa i s'explicaran els drets i deures com a participants dins de l'estudi, el quals es detallen més concretament en l'apart de consideracions ètiques.

Com s'ha esmentat anteriorment la recollida de dades es realitza a través d'un qüestionari auto dissenyat "*Hàbits saludables dels Infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social*" (*annex 2*) a fi de recollir les variables anteriors descrites.

Es realitzarà en els dos idiomes oficials pertinents a la Comunitat Autònoma, Espanyol i Català, facilitant així la participació, comprensió i resposta d'acord a la multiculturalitat de la zona comarcal.

S'elabora partint del model de qüestionari del Sistema Nacional d'Estadística "*Encuesta de condiciones de vida*" i, s'utilitzen les escales IPAQ-A, RCADS i l'IMC per valorar la depressió, ansietat i l'obesitat respectivament i, una combinació de preguntes obertes i tancades per

valorar els hàbits alimentaris, els hàbits higiènics, les activitats lúdiques i esportives, la sociabilitat del infant.

El qüestionari està dissenyat en dos apartats: el primer destinat als pares i, el segon, anomenat "*Parlem d'hàbits saludables*" i "*Parlem dels amics i de com et sents*", destinat als infants.

Aquests darrers apartats, són els que recullen les preguntes destinades als infants d'acord a la seva edat. D'acord a la possibilitat de l'estudi inclogui infants els quals no poden respondre en la seva totalitat de forma autònoma per capacitats cognitives (lectura i comprensió), aquestes es realitzaran de forma oral i adaptat a les capacitats de cada infant durant la entrevista. En cas de no considerar-se pertinent, segons l'edat del infant, no es respondrà a determinats apartats indicant-se específicament dins del qüestionari.

En el context de tractar-se d'un qüestionari nou i donada l'amplitud de la mostra, es realitzarà una prova pilot, d'aproximadament 20 enquestes, per tal de valorar la capacitat d'aquests per recollir les dades d'interès i detectar errors en la formulació i/o comprensió de les preguntes i respostes que requereixin modificació prèvia.

Es facilitarà a l'equip, una xerrada formativa amb l'objectiu de formar-los per la realització de l'enquesta a la població referent per l'estudi, esmentada anteriorment en la preparació per la intervenció, en la qual es determinaran les variables dependents i independents que es vol analitzar i es parlarà de la tècnica de l'entrevista i la valoració de les capacitats dels infants per respondre o excloure la variable.

Finalitzat el Programa d'intervenció, *Promoció dels hàbits saludables als infants en situació de pobresa*, serà el mateix equip qui durà a terme la primera enquesta de la fase de seguiment o post-intervenció, la qual es realitza als dos mesos post-intervenció. Aquesta es realitzarà de manera presencial a la llar dels participants.

Per finalitzar l'estudi, es realitzarà la segona avaluació, dotze mesos posterior a la intervenció. Aquesta es realitzarà via telefònica o via virtual pel mateix equip d'intervenció.

6.5. Consideracions Ètiques

Pel compliment de la *Llei 41/2002, Bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica*(50), que garanteix la confidencialitat de dades i autonomia del pacient, el dret a ser informat del procediment ha seguir o informació rellevant, en l'estudi descriptiu es contempla el dret a la voluntat de participació i la confidencialitat de les dades. Aquests seran garantits mitjançant l'assignació d'un codi per nucli familiar, els quals desitgin formar part de l'estudi, pel qual en el buidament de les dades no quedaran recollits dades personals com el nom i el cognom dels membres del nucli familiar o el telèfon, tenint en compte que es realitza via telefònica.

Durant l'execució del programa i en l'estudi quasi experimental, es seguirà el compliment de la llei anteriorment citada, *Llei 41/2002* (50) i el Codi d'Ètica dels infermers i infermeres de Catalunya(51), concretament en els articles 31-35 d'aquest, el qual garanteix la informació de l'usuari, que aquesta sigui adequada en contingut i nivell, assegurar-se de la comprensió de la informació i, recollir la voluntat i el consentiment dels usuaris.

Per aquest motiu es procedirà de la següent manera: les famílies que reuneixin els criteris d'inclusió i exclusió als quals se'ls ofereix formar de l'estudi, seran informades verbalment al inici del procés, mitjançant un primer contacte telefònic, i posteriorment, per escrit, en la visita al domicili a través d'un tríptic informatiu (*annex 3*) del programa d'intervenció, de la fulla informativa dels Drets i Deures (*annex 4*), del full informatiu i de consentiment pels pares (*annex 5*) i el full informatiu i de consentiment dels infants majors de 16 anys (*annex 6*).

Aquests es detallen a continuació.

Durant la comunicació verbal del programa s'explicarà que es tracta d'un programa gratuït i voluntari. Especificar que es tracta d'un programa d'intervenció del qual se'n pretén valorar la seva efectivitat i, per tant, serà necessari l'avaluació d'aquests mitjançant l'ús d'un qüestionari per part dels professionals que els atenen. A més a més, s'extraurà un informe final, a través dels resultats obtinguts amb la participació de totes les famílies.

S'informarà i se'ls facilitarà una fulla informativa dels seus drets i deures (*annex 4*) dins del programa i de l'estudi, establint-se els següents:

- ✓ **Drets:** caràcter voluntari, motiu pel qual poden abandonar-lo quan vulguin, confidencialitat de totes les seves dades personals sense fer-ne ús a terceres persones sense el seu consentiment, gratuït, expressió de disconformitat dels pares i/o del nen en qualsevol moment del programa així com l'opció de queixa i reclamació davant l'atenció o vulnerabilitat dels drets anteriors descrits. Estar informats verbal i escrit dels tallers/sessions i activitats que es realitzin així com del contingut d'aquest, dret dels infants menors de 12 anys a ser escoltats en la voluntat de formar part a l'estudi i dret dels infants majors de 12 a expressar la seva conformitat o disconformitat a la participació de l'estudi, aquest té el mateix valor que el consentiment dels tutors o pares. Dret a què es respecti les seves creences, valors ideològiques, religioses i ètniques.
- ✓ **Deures:** deure a facilitar de manera veraç i d'acord a la legislació les dades personals i necessàries per la realització de l'estudi, compliment de les enquestes i entrevistes per fer efectiva l'avaluació del programa, obligatorietat de la comunicació de canvi de domicili, compromís en seguir les pautes dels professionals.

El full informatiu i de consentiment pels pares (*annex 5*), es proporcionarà al inici del programa. En aquests constarà el nombre de persones, edat i sexe que integren la família i que participen en el programa i l'acceptació d'utilització de les dades necessàries extretes durant el programa necessaris per la seva avaluació sempre protegint les dades de caràcter personal. Donat que la recollida de la informació parteix de dades sociodemogràfiques en la fase de l'estudi descriptiu, en la qual no s'especifica cap dada personal, durant el buidament d'aquestes quedarà completament garantida la confidencialitat assignant un codi a cada infant i la seva família.

Tan mateix els professionals que intervinguin, tenen l'obligació de signar i complir el secret professional, recollit en el Codi de l'Ètica dels infermers i infermeres de Catalunya en els articles 47, 49 i 51(41), aquest garanteix l'anonimat d'aquestes famílies així com dades que no siguin d'interès per l'avaluació del programa.

D'altra banda, es tracta d'un programa dirigit a reduir les conseqüències de la pobresa infantil, per tant, es garanteix el compliment dels principis bioètics recollits per la

UNESCO(52) en tota la intervenció. Destacant *l'article 3.Dignitat humana i drets humans*, *l'article 4. Beneficència i efectes nocius*, pel qual es valorarà l'evolució i l'acceptació del nen a l'adherència al programa per tal de fomentar la seva inclusió, participació i facilitar que el compliment dels objectius. En cas que el infant no vulgui forma part de la intervenció caldrà valorar si la família forma part del programa, per tal d'assegurar un mínim de beneficis, i evitar perjudicis en ell i en la relació i benestar familiar.

Així doncs, als infants amb edats superior a 16 anys també se'ls facilita una fulla d'informació i consentiment perquè consti la seva voluntat a participar i als 12-16 es valorà la seva voluntat d'acord a la Llei 41/2002 i el Codi Civil(53).

7. Discussió

Davant la situació econòmica precipitada per la crisi, s'han portat a terme restriccions importants en els pressupost destinats a la inclusió social i benestar social que s'han considerats contraproductius per fer front als problemes conseqüents de la mateixa(1,2).

Entre les conseqüències amb més impacte social, trobem l'elevada taxa de prevalença de la pobresa infantil en la nostra societat, situada en 29'9% per l'informe d'EAPN, la qual ens reflecteix la poca efectivitat de les polítiques dutes a terme per la seva reducció(7).

A més a més, de la poca efectivitat política, les restriccions polítiques en els àmbits estratègics per fer front a la pobresa infantil, han afavorit la vulnerabilitat dels Drets dels Nens, acceptats a Espanya des de l'any 1990 com a llei. Tots aquests fets es produeixen sent coneixedors de les conseqüències poblacionals en salut i desenvolupament en els infants, i secundàriament en la repercussió econòmica de l'Estat a llarg termini generant l'augment de la despesa pública en salut i prestacions socials(3,4,5).

Així mateix, les intervencions realitzades sobre aquests grups comunitaris i les tasques des del Ministeri de Benestar social i Família semblen no tenir evidència científica fins al moment davant la necessitat observada en la població, fet que probablement està relacionat amb la temporalitat d'un fet recent que requereix estudis longitudinals(3,4).

Aquesta manca d'evidència, i els estudis portats a terme en diferents Estats, permet la possibilitat de la creació i de l'estudi d'intervencions en la comunitat, basant-se en l'actuació des de l'àmbit multidimensional. En què l'objectiu final, és prevaldre el Drets dels Infants, facilitant el seu desenvolupament, benestar i els mateixos recursos.

En aquest Treball de final de Grau es dissenya un projecte que doni resposta a aquestes finestres d'investigació. Tot i això, davant la complexitat del problema detectat i la seva resolució es presenten diverses limitacions.

Entre aquestes, una de les principals limitacions és l'extensió de l'àrea geogràfica. La comarca de la Noguera presenta un extensió molt àmplia, tenint en compte que parlem de famílies amb situació de pobresa la realització del programa en els nuclis més extensos pot suposar una dificultat econòmica per les famílies alhora de desplaçar-se. Per aquests motius,

per facilitar les igualtats de condicions es presenten diferents municipis a escollir que abracci la població d'acord a la seva extensió i nucli poblacional. També, es facilita el desplaçament dels professionals durant la primera fase del programa al domicili d'aquests, per tal de disminuir el nombre de desplaçaments de la família.

Una altra limitació present en el treball i el projecte, és l'avaluació d'aquest. En aquest cas, trobem que no hi ha evidència de l'avaluació del programes similars i, per tant, tampoc de mesures i instruments per la seva avaluació, fet que genera una incertesa davant el instrument escollit per l'avaluació.

Per aquest motiu, es podria plantejar un segon estudi que permeti valorar l'efectivitat d'aquests instrument de valoració d'acord a les variables i població escollida.

Així doncs, referent al programa podem trobar-nos davant la complexitat de la coordinació, donat que es realitza simultàniament en cinc municipis dins de la comarca, que al mateix temps pot suposar un retràs en el buidament de dades i obtenció de resultats. Per aquesta limitació es presenta un equip d'investigació, el qual desenvolupa les tasques de buidament de dades, coordinació i seguiment dels programes a fi de realitzar una connexió entre els diferents equips que treballen en els municipis i gestionar el temps i les dificultats que puguin sorgir al llarg del l'estudi.

8. Conclusió:

Les taxes de prevalença de la pobresa infantil dels darrers anys mostren una clara tendència al increment. Aquests fet, que es reproduïx tant en Espanya com en altres Estats membres de la Unió Europea, inclús en altres continents com en EE.UU, el qual ens posa de manifest que les polítiques i plans d'intervenció dels Estats no són suficientment efectius per fer front al problema.

A més a més de trobar-nos davant unes intervencions polítiques poc efectives, es realitzen poques intervencions directes en la comunitat des dels Ministeris pertinents, les quals no estan enfocades ni plantejades per tractar aquesta situació en concret, si no que s'apliquen programes establerts anteriorment que cobreixen les necessitats de la nova situació. Davant les actuacions comunitàries dutes a terme existeix un buit important científic en la posterior avaluació, seguiment i obtenció de resultats d'aquests, fet que podria estar generat per la longitivitat dels estudis a un o dos anys posteriors o inclús cohorts que requereixen llargs períodes de seguiment i una obtenció dels resultats molt més tardana.

Simultàniament, els estudis realitzats davant la pobresa infantil, ens mostren que s'avalua intervencions realitzades per àmbits específics d'actuació, generant accions encaminades a una conseqüència concreta produïda pels baixos recursos familiars.

Per tant, l'actuació d'un fet multidimensional com a fets intervinguts des d'àmbits particulars deixa entreveure la possibilitat d'una actuació multidisciplinari i l'efectivitat d'aquesta amb un objectiu comú, sent aquest el benestar i el desenvolupament infantil.

Una altra finestra que podem observa dins de les intervencions al col·lectiu infantil en baixos recursos, és l'actuació domiciliària, fet que s'ha estudiat en el "*Program Mom*", el qual és un estudi desenvolupat a EE.UU en què es realitza educació sanitària al domicili de les mares amb recent nascuts en situació de baixos recursos. Els resultats en l'estudi mostren una millora en el benestar infantil i matern.

Aquesta intervenció domiciliària permet conèixer els recursos del que disposa la família en particular adaptant les accions a les necessitats reals de cada família i infant.

Així doncs, l'evidència científica mostra una clara afectació a curt i llarg termini dels infants en situació de pobresa i risc d'exclusió. Per tant, aquesta suposa un cost l'àmbit sanitari a afectes de curt i llarg termini.

El present Treball consta d'una primera fase en la qual es planteja un estudi descriptiu de la situació de baixos recursos en la població infantil, aquesta permetrà obtenir una visió més objectiva, així com, justificar la necessitat d'una intervenció directa per part dels sistema sanitari en aquest infants. La segona fase, el plantejament de l'estudi quasi experimental

Motiu pel qual l'educació sanitària exerceix un paper essencial en la disminució d'aquestes i, per evitar el cicle de retroalimentació en les mateixes famílies, garantint el dret d'igualtat i equitat en la població.

Per aquest motiu es fa necessària la implicació dels recursos sanitaris que prioritzi una atenció a la població més vulnerable des d'una visió holística, introduint programes multidisciplinaris que s'adaptin i donin respostes a les noves necessitats, a fi de disminuir els costos a curt i llarg termini.

Així doncs, l'elaboració d'aquest projecte reduirà costos sanitaris a llarg termini, tenint en compte els objectius plantejats en els quals destaquen la reducció de l'obesitat i patologies cardiometabòliques, la depressió i l'ansietat. Tanmateix, l'estudi secundari plantejat com a continuació d'aquest, per la validació d'un qüestionari que avaluï el programa pot afavorir la seva implantació i execució en l'àmbit comunitari, donant una major rellevància científica a la pròpia intervenció.

9. Bibliografia:

1. Otegui A. Efecto de la crisi en el aumento de la pobreza infantil. Fundación 1º de -mayo. Madrid; 2012.
2. Minujin A, Delamonica E, Davidziuk A, Gonzalez ED. Environment and Urbanization The definition of child poverty : measurements. 2006;
3. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui M-V. Crisis econòmica, pobreza e infancia.¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “los niños y niñas de la crisis”? Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):132–6.
4. Unicef. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. [cited 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>
5. Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia. Todos los niños y niñas cuentan [Internet]. New York; 2014. Available from: <http://www.unicef.org/peru/spanish/estado-mundial-infancia-2014-unicef.pdf>
6. Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia. La pobreza infantil: un desafío prioritario. Santia de Chile; 2010 p. 1–12.
7. Malgesini G. Dossier Pobreza de EAPN. Madrid; 2014 p. 12–20.
8. Fanjul G, Boychuk R. Los niños de la recesión:El impacto de la crisis económica en. Cent Investig UNICEF. Florencia; 2014;
9. UNICEF C de I. Medición de la pobreza infantil: Nuevas tablas clasificatorias de la pobreza infantil en los países ricos del mundo. Florencia; 2012.
10. Asin E. Pobreza infantil y exclusión social en Europa [Internet]. Bruselas: Save the Clidren; 2014. p. 1–44. Available from: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/670/Informe_Pobreza_infantil_y_exclusion_social_en_Europa.pdf
11. Poverty C, Forward W. Estudio temático sobre medidas políticas en materia de pobreza infantil. España;2008.
12. Social RA de L contra la P y la E. “ POBREZA Y DESIGUALDAD EN ANDALUCÍA .” Sevilla, Espanya; 2014.
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de condiciones de vida. España; 2013. p. 1–13. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np811.pdf>
14. Cannings T. Child Poverty in an Emergency and Conflict Context : A Multidimensional Profile and an Identification of the Poorest Children in Western Darfur. 2013;48:48–70.
15. Najman JM, Clavarino A, McGee TR, Bor W, Williams GM, Hayatbakhsh MR. Timing and Chronicity of Family Poverty and Development of Unhealthy Behaviors in Children: A

- Longitudinal Study. J Adolesc Heal [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jun [cited 2014 Nov 11];46(6):538–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20472210>
16. Rajmil L. The economic crisis affects child health: what is the role of pediatricians?. An Pediatr (Barc) [Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2013 Oct [cited 2014 Nov 19];79(4):205–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23838286>
 17. Ellis B, Alford A, Yu P, Xiong S, Hill G, Puckett M, et al. Correlates of perceived effectiveness of the Safe Schools/Healthy Students Initiative. Eval Program Plann [Internet]. 2012 May [cited 2014 Dec 1];35(2):287–92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014971891100098X>
 18. Cinca AN. La lucha contra la pobreza como objetivo de política económica. Universidad Complutense de Madrid; 2012.
 19. Shuey KM, Willson AE. Economic hardship in childhood and adult health trajectories: An alternative approach to investigating life-course processes. Adv Life Course Res [Internet]. 2014 Dec [cited 2014 Nov 16];22:49–61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040260814000215>
 20. Maria J. Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2014;28:58–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.006>
 21. Antentas JM, Vivas E. Impact of the economic crisis on the right to a healthy diet. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2014 Jun [cited 2014 Nov 19];28 Suppl 1:58–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24863995>
 22. Gundersen C, Kreider B. Bounding the effects of food insecurity on children's health outcomes. 2009;28:971–83.
 23. Pozo-cruz B, Pozo-cruz J, Javier F, Limones G, María R, Rosa A. Relación entre el nivel de actividad física y sedentarismo, sobrepeso y calidad de vida relacionada con la salud en niños asmáticos en edad escolar : un estudio exploratorio en Sevilla Relationship between the level of physical activity and sedentary , o. Retos Nuevas tendencias en Educacion Fis Deport y Recreación. 2012;22:53–6.
 24. Kakinami L, Séguin L, Lambert M, Gauvin L, Nikiema B, Paradis G. Comparison of three lifecourse models of poverty in predicting cardiovascular disease risk in youth. Ann Epidemiol [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Dec 1];23(8):485–91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279713001403>
 25. Decarlo C, Wadsworth ME, Stump J. Socioeconomic status , neighborhood disadvantage , and poverty-related stress : Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. J Econ Psychol [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;32(2):218–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2009.10.008>
 26. Anthony EK, King B, Austin MJ. Children and Youth Services Review Reducing child poverty by promoting child well-being : Identifying best practices in a time of great need. Child Youth Serv Rev [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;33(10):1999–2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.05.029>

27. Conradt E, Measelle J, Ablow JC. Poverty, problem behavior, and promise: differential susceptibility among infants reared in poverty. *Psychol Sci* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2014 Dec 6];24(3):235–42. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3726255&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Susan H, Montesinos G, Jorge M, José I, Villalobos A, Guajardo G, et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Rev Latinoam Psicol*. 2010;42:13–24.
29. Catalunya AFG De, Antonio J, Barcelona AU De, Barcelona MPU De. Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *Int J Psychol Res*. 2008;8(1):247–66.
30. Ospina ML, Alexander H, Gomez O, Buenaventura US. Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad , del Municipio de Sabaneta del Departamento de. *Int J Psychol Res*. 2011;3(2):63–73.
31. Serbin LA, Temcheff CE, Cooperman JM, Stack DM, Ledingham J, Schwartzman AE. of Behavioral Development withdrawal : A 30-year longitudinal study. 2011;
32. Pagani LS, Fitzpatrick C. Children's school readiness: implications for eliminating future disparities in health and education. *Health Educ Behav* [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Dec 6];41(1):25–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445605>
33. Wikeley F, Bullock K, Muschamp Y. International Journal of Inclusive Educational relationships and their impact on poverty. (November 2014):37–41.
34. Echeverría SE, Vélez-Valle E, Janevic T, Prystowsky A. The role of poverty status and obesity on school attendance in the United States. *J Adolesc Health* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 Sep [cited 2014 Dec 7];55(3):402–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24813400>
35. Cocca A, Liukkonen J, Mayorga-Vega D, Viciano-Ramírez J. Health-related physical activity levels in Spanish youth and young adults. *Percept Mot Skills* [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 May 12];118(1):247–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724525>
36. Bassani D, Arora P, Wazny K, Gaffey M, Lenters L, Bhutta Z. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13.
37. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Diez E, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2).
38. Asociación Española de Pediatría. Informe de Salud de la infancia y adolescencia: calidad, género y equidad en la atención integral. SIAS. 2007.
39. Consejo Europeo. EUROPA 2020: Nueva estrategia Europea para el empleo y el crecimiento. Conclusiones. Bruselas: Consejo Europeo; 2010.

40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional de Acción para la inclusión social 2013-2016 MEMORIA ECONÓMICA. 2013;1-5.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Nutrición, actividad física y de prevención de la obesidad. Alcalá; 2005.
42. Genetalitat de Catalunya. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Barcelona; 2008.
43. Generalitat de Catalunya. Productes i serveis del programa "Salut als barris ." Barcelona; 2012 p. 1-39.
44. Riera J, Longás J, Boadas B, Civis M, Andrés T, Gonzàlez F, et al. Programa CaixaProinfancia. Barcelona: Obra social La Caixa; 2013.
45. Komro KA, Flay BR, Biglan A. Creating Nurturing Environments : A Science-Based Framework for Promoting Child Health and Development Within High-Poverty Neighborhoods. 2011;111-34.
46. Radcliffe J, Schwarz D, Zhao H. The MOM Program: home visiting in partnership with pediatric care. Pediatrics [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Dec 20];132 Suppl :S153-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24187118>
47. Bailey R, Olson C, Pepper S. The level and tempo of children's physical activities an observational study. Med Sci Sport Exerc. 1995;27(7):1033-41.
48. Martínez-gómez D, Martínez-de-haro V, Pozo T, Welk GJ, Villagra A, Calle ME, et al. Reliability and Validity of the PAQ-A Questionnaire to Assess Physical. Rev Salud Publica. 2009;83:427-39.
49. Andín BOS, Aliente ROSAM V, Horot YPAC. RCADS : Evaluación de los síntomas de los trastornos.. Asoc Española Psicol Clínica y Psicopatología. 2009;14:193-206.
50. Estado BO del. Ley 41/2002, basica reguladora de la autonomía del aciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Espanya; 2002 p. 40126-32.
51. Catalunya C d'Infermeres i l de. Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Barcelona: Consell del Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2013.
52. Organizacion de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005. p. 1-12.
53. Jiménez JR. Medicina y Derecho La situación del menor en el ámbito sanitario. Rev Pediatr Atención Primaria. 2011;13:15-37.

ANNEXES

Annex 1. "Descripció de la situació dels infants de la Comarca de la Noguera"

IDENTIFICACIÓ DEL NUCLI FAMILIAR

CODI:

Població de residència:

Nombre de membres que viuen en la llar:

Nombre de membres de la família immediata:

Nombre total d'infants:

A. DADES SOCIDEMOGRÀFIQUES

1. Nacionalitat dels pare/tutor:

Nacionalitat espanyola

Altres nacionalitats:

2. Edat del Pare/tutor:

Menor de 18 anys

40-50anys

18-28anys

51-61 anys

29-39 anys

≥62 anys

3. Qualificació de la feina del pare/tutor:

Feina no qualificades

Feina amb alt nivell de qualificació

Feina amb baixa qualificació

En atur

4. Estudis cursats pel pare/tutor:

Estudis bàsics no acabats

Estudis bàsics

Estudis superior

5. Nacionalitat de la mare/tutora:

Nacionalitat espanyola

Altres nacionalitats:.....

6. Edat de la mare/tutor:

Menor de 18 anys

40-50anys

18-28anys

51-61 anys

29-39 anys

≥62 anys

7. Qualificació de la feina de la mare:

Feina no qualificades

Feina amb alt nivell de qualificació

Feina amb baixa qualificació

En atur

8. Estudis cursats per la mare/tutora:

Estudis bàsics no acabats

Estudis bàsics

Estudis superiors

9. Estructura familiar:

Monoparental

Famílies nombroses > 2fills

Família convencional

Famílies amb < a 2 fills

B. DADES D'OCUPACIÓ I ECONÒMIQUES DEL NUCLI FAMILIAR

10. De tots els membres que conviuen a la llar, els quals estan en edat de treballar, quants treballen?

Total:

Quants treballen:

11. D'aquests membres que treballen, quantes hores treballen respecte el total del darrer any?

< 20% hores

> al 20% hores

12. Ingressos anuals en la llar:

>26.775€

< a 26.775€

13. Reben alguna prestació del Servei de Benestar Social i Salut:

Si

No

14. D'acord a l'índex de privatització, en quina d'aquestes situacions s'han trobat o es troben durant el mes: (poden marcar totes les opcions sigui)

- No podem mantenir al corrent amb els pagaments (factures, hipoteca, lloguer, altres prestacions bancàries)
- No poden mantenir/garantir una temperatura adequada a la llar al menys durant el període hiverna
- Podem permetre'ns anar al menys una setmana de vacances a l'any
- Consumeixen un cop mínim de cada dos dies de productes proteics (carn, peix equivalent en vegetarians)
- No podem afrontar despeses imprevistes

C. CONDICIONS DE LA LLAR

15. En quin tipus d'habitatge s'allotgen/resideixen?

- Unifamiliar independent
- Unifamiliar adossada
- Pis
- Apartament
- Habitatge situat en edificis destinats per altres fins (col·legis, oficines, tallers,...etc)

16. Quin es el règim d'habitatge?

- | | |
|----------|--------------------------------|
| Propi | Cedit |
| Lloguer | Altres tipus d'habitatges..... |
| Ocupació | |

17. Els següents ítems pretenen descriure la zona en què està ubicada la llar (marqui les que siguin més adequades):

- Zona tranquil·la

Zona amb vandalisme o delinqüència

La zona disposa d'espais lúdics o verds pròxims

Existeixen fàbriques o tallers pròxims que generin fums, excés de sorolls o aigües residuals

18. La llar disposa d'una habitació individual per cada membre?

Si

No

19. En cas negatiu, especificar el nombre de persones i el nombre d'habitacions:

Nº persones.....

Nº habitacions.....

20. Marqui totes les instal·lacions de que disposen en la llar:

Calefacció

Electricitat

Dutxa/banyera

Totes les anteriors

Vàter amb aigua corrent

Cap de les anteriors

Aigua calenta

21. Marqui els equipaments en que compta la llar:

Rentadora

Televisor

Nevera

Ordenador

Telèfon

Vehicle

Connexió a Internet

Cap dels anteriors

Tots els anterior

22. La llar presenta/ha presentat algun del següents problemes:

Humitats

Presència de fum

Goteres

Aïllament inadequat al fred

Infestacions insectes o altres
animals

Àcars
Cap de les anterior

D. ACCÉS ALS RECURSOS SANITARIS

23. La família està inscrita al servei Català de la Salut?

Sí

No

24. Tenen contracta algun servei mèdic privat?

Sí

No

25. En cas de que fos necessari desplaçar-se a un altre centre sanitari, per realitzar proves diagnòstiques o visites a especialistes, quin transport utilitzen?

Vehicle propi
Transport públic

No ens podem desplaçar
Ens porta un conegut

Annex 2. Enquesta "Hàbits saludables dels Infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social"

Hàbits saludables dels Infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social"



IDENTIFICACIÓ DEL NUCLI FAMILIAR

CODI:

Població de residència:

Nombre de membres que viuen en la llar:

Nombre de membres de la família immediata:

Nombre total d'infants:

Aquesta enquesta serà realitzada pels professionals relacionats amb salut i amb la infància que formin part de l'equip investigador. A més a més, estaran entrenats abans de procedir a la realització d'aquestes.

Instruccions per la realització de l'enquesta:

- Abans de començar l'entrevista és important repassar els drets i deures, els objectius de l'estudi i del programa.
- Cal firmar els consentiment de confidencialitat i participació a l'estudi com a tutors i el dissenyat específicament pels menors abans de començar les entrevistes.
- Es diferencien dos parts: la primera destinada als pares i la segona als infants.
 - a) Previ a l'apartat dels infants, cal valorar la seva edat i capacitat per respondre de forma autònoma a les preguntes.
 - b) En cas d'infants que sigui necessari un suport per respondre el realitzarà el pare/mare sota la supervisió del professional.
 - c) Si el nen no sap llegir cal informar a l'entrevistador perquè aquest li faciliti les preguntes oralment.
 - d) Algunes preguntes poden considerar-se no vàlides o no aplicables, caldrà deixar constància.
 - e) Al final s'annexen les escales de valoració IPAQ-A i RCADS
- Important que recordeu presentar-vos al iniciar les entrevistes tots els membres.
- És important crear un bon vincle, mostrant confiança, respecte i confidencialitat durant les entrevistes i la realització de les enquestes.
- Per finalitzar l'entrevista cal recordar que:
 - a) Repassar el programa d'activitats i la participació
 - b) Contactareu posteriorment mitjançant les dades telefòniques facilitades i corroborar que són correctes

Part per omplir el pare/tutor



Hàbits saludables del Pare/tutor

A. Alimentació:

1. Quants àpats realitza en un dia?

2 àpats	5 o més
3-4 àpats	

2. Quantes vegades menja carn/peix a la setmana?

1 vegada a la setmana	4-5 cops per setmana
2-3 cops per setmana	Diàriament

3. Quantes vegades menja fruites i verdures al dia?

Cap vegada
1 peça al dia
1-3 peces al dia

4. Quina quantitat d'aigua beu en un dia?

< 1L	2L
1L-1'5L	

5. Pren begudes alcohòliques?

Sí

No

6. Amb quina freqüència diària?

1-2 copes al dia

Cap

3-4 copes al dia

Més de 4 copes al dia

B. Víncle familiar:

7. Com defineix la seva relació amb els seus fills?

Molt bona

Millorable

Bona

Bastant dolenta

8. Ha canviat darrerament?

Sí

No

9. Creu que tenen una bona comunicació?

Sí

No

C. Salut personal

10. Com s'ha sentit en els darrers 6 mesos?

Alegre, com sempre

Més trist de lo habitual

Cansat

11. Quantes hores dorm a la nit?

< de 6 hores

8 o més hores

6-7 hores

12. Es nota cansat al despertar-se?

Sí

No

13. Es desperta durant la nit?

Sí

No

14. Pateix alguna malaltia crònica o incapacitant?

Sí

No

15. Pren alguna medicació?

Sí

No

16. Quina medicació?.....

17. Realitza alguna activitat física, mínim 30 minuts?

Sí

No

18. En quina freqüència?

Diàriament

4-5 cops per setmana

2-3 cops per setmana

19. Realitza alguna activitat fora de la llar o de la feina?

Sí

No

20. Manté contacte amb amistats?

Sí

No

D. Higiene alimentària

21. Coneix les recomanacions a l'hora de guardar els grups d'aliments a la nevera?

Sí

No

22. Marqui els aliments que creu que han d'estar a la nevera abans d'obrir-los per primer cop:

Ous

Verdures

Llet

Carn

23. S'acostuma a rentar les mans abans i després de cuinar?

Sí

No

24. Normalment, com guarden els aliments a la nevera?

Utilitzem un envàs de plàstic

En plats

No utilitzem res

25. Normalment comprova la data de caducitat d'aliments al supermercat?

Sí

No

26. Comprova la caducitat dels aliments abans de cuinar-los o de menjar-los?

Sí

No

27. Acostuma a utilitzar els mateixos estris per cuinar que per servir l'aliment un cop cuit?

Sí

No

Gràcies per participar

Part per omplir el pare/mare/tutor



Hàbits Saludables de la Mare/tutora

A. Alimentació:

28. Quants àpats realitza en un dia?

- 2 àpats
- 3-4 àpats
- 5 o més

29. Quantes vegades menja carn/peix a la setmana?

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1 vegada a la setmana | 4-5 cops per setmana |
| 2-3 cops per setmana | Diàriament |

30. Quantes vegades menja fruites i verdures al dia?

- Cap vegada
- 1 peça al dia
- 2-3 peces al dia

31. Quina quantitat d'aigua beu en un dia?

- < 1L
- 1L-1'5L
- 2L

32. Pren begudes alcoholiques?

Sí

No

33. Amb quina freqüència diària?

1-2 copes al dia

Cap

3-4 copes al dia

Més de 4 copes al dia

B. Vincle familiar:

34. Com defineix la seva relació amb els seus fills?

Molt bona

Millorable

Bona

Bastant dolenta

35. Ha canviat darrerament?

Sí

No

36. Creu que tenen una bona comunicació?

Sí

No

C. Salut personal

37. Com s'ha sentit en els darrers 6 mesos?

Alegre, com sempre

Més trist de lo habitual

Cansat

38. Quantes hores dorm a la nit?

< de 6 hores

8 o més hores

6-7 hores

39. Es nota cansat al despertar-se?

Sí

No

40. Es desperta durant la nit?

Sí

No

41. Pateix alguna malaltia crònica o incapacitant?

Sí

No

42. Pren alguna medicació?

Sí

No

43. Quina medicació?.....

44. Realitza alguna activitat física, mínim 30 minuts/dia?

Sí

No

45. En quina freqüència?

Diàriament

4-5 cops per setmana

2-3 cops per setmana

46. Realitza alguna activitat fora de la llar o de la feina?

Sí

No

47. Manté contacte amb amistats?

Sí

No

D. Higiene alimentària

48. Quant peses?

49. Quant mesures?

50. IMC:

51. Coneix les recomanacions a l'hora de guardar els grups d'aliments a la nevera?

Sí

No

52. Marqui els aliments que creu que han d'estar a la nevera abans d'obrir-los per primer cop:

Ous

Verdures

Llet

Carn

53. S'acostuma a rentar les mans abans i després de cuinar?

Sí

No

54. Normalment, com guarden els aliments a la nevera?

Utilitzem un envàs de plàstic

En plats

No utilitzem res

55. Normalment comprova la data de caducitat d'aliments al supermercat?

Sí

No

56. Comprova la caducitat dels aliments abans de cuinar-los o de menjar-los?

Sí

No

57. Acostuma a utilitzar els mateixos estris per cuinar que per servir l'aliment un cop cuit?

Sí

No

Gràcies per participar

Part per omplir el nen/a o adolescent

Parlem d'hàbits saludables.....

1. Quants anys tens?

0-5 anys

6-11 anys

12-17 anys

2. Estàs matriculat a l'escola o l'institut?

Si

No

3. Quin curs realitzes?

Preescolar

Primària

Estudis Secundaris Obligatoris

4. Quantes vegades menges en un dia?

1-2 vegades/dia

5 o més vegades/dia

3-4 vegades/dia

Cap

5. Quantes vegades menges carn o peix a la setmana?

1 vegada/setmana

o més a la setmana

vegades/setmana

Cap vegada

6. Quantes vegades menges verdures al dia?

1-2 al dia

a 3 vegades al dia

vegades al dia

Cap vegada

7. Quantes vegades menges llet, iogurts o formatge al llarg del dia?

1-2 cops/dia

>4 cops/dia

3-4 cops/dia

Cap

8. Quantes vegades et dutxes a la setmana?

1 vegada/setmana

Cada dia

2-3 vegades/setmana

Mai

9. Què fas servir per dutxar-te? (Pots marcar totes les necessàries)

Tenim una tovallola cada
persona de casa

Utilitzo una esponja

Utilitzo sabó de cos

Utilitzo sabó pels cabells

Hem puc dutxar amb aigua
calenta sempre que vull

10. La resta de coses les tens al bany per si les vols utilitzar?

Sí

No

11. Quantes vegades et rentes les dents en un dia?

1 cop

Mai

cops

Sempre després de menjar

12. Què fas servir per rentar-te les dents?

Tinc un raspall adequat a la meua
edat

Fil dental

Tinc un raspall adequat a les
meves dents

Col·lutori

13. Si volguessis utilitzar la resta de coses que t'hem dit, les trobes a casa?

Sí

No

14. Quan es fan sortides a l'escola, pots anar al menys a una durant el curs?

Sí

No

15. A casa, tens un espai on realitzar els deures i estudiar?

Sí

No

16. Aquests curs, els pares t'han comprat la maleta i els llibres nou?

Sí

No

17. Quants parells de sabates/bambes tens?

1 parell

o més parells

2-3 parells

cap

18. Estàs apuntat alguna de les activitats extraescolars?

Sí

No

19. Realitzes alguna activitat fora de l'escola/institut?

Sí

No

20. Tens material necessari per realitzar aquestes activitats?

Sí

No

21. Aquestes activitats estan relacionades amb l'esport?

Sí

No

22. Tens la roba i calçat adequat per realitzar esport?

Sí

No

23. Quan és el teu aniversari o el d'algun de la família, ho celebren?

Sí

No

24. Quantes hores dorms normalment?

4 hores

5-6 hores

7-8 hores

9 hores o més

Hi ha nits que no puc/no
dormo dormir

Si tens menys de 12 anys passa a la pregunta nº51

25. Tens o has tingut mai relacions sexuals?

Sí

No

En cas de respondre negativament, saltar a la pregunta nº51

26. Utilitzes algun mètode anticonceptiu?

Sí

No

27. Quin utilitzes?

Preservatiu masculí

Preservatiu femení

Diafragma

Pastilles anticonceptives

Anells vaginals

Pegats transdèrmics

28. Coneixes tots els mètodes anteriors?

Sí

No

29. Alguna vegada has tingut relacions sexuals sense cap mètode anticonceptiu?

Sí

No

Si ets un noi, pot saltar a la preguntar nº 51

30. Has anat a buscar al centre de salut/comprar la pastilla del dia després alguna vegada?

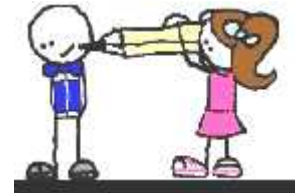
Sí

No

31. Has tingut mai alguna interrupció voluntària d'un embaràs?

Sí

No



Parlem dels amics i de com et sents.....

32. Quan es l'hora de l'esbarjo vas a jugar amb els altres nens o prefereixes fer altres activitats tu sol?

Jugo amb altres nens

Faig altres activitats

33. Tens amics a l'escola?

Sí

No

34. Quedes amb ells fora de l'escola/institut?

Sí

No

35. Pots convidar amics a casa a dinar i/o dormir?

Sí

No

36. Coneixes altres nens que no siguin de l'escola?

Sí

No

37. Com et portes amb els teus pares?

Molt bé

Bé

No massa bé

38. Escala RCADS

Has de marcar amb una X la casella corresponen per cada resposta que representi el que tu sents.

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Me preocupo mucho por las cosas				
2. Me siento triste o decaído/a				
3. Cuando tengo algún problema, noto sensaciones raras en mi estómago				
4. Me preocupa cuando creo que he hecho mal en algo				
5. Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa				
6. Me cuesta divertirme o pasarlo bien				
7. Siento miedo cuando tengo que hacer un examen				
8. Me siento mal cuando creo que alguna persona está enfadada conmigo				
9. Cuando estoy lejos de mis padres siento miedo				
10. Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza				
11. Duermo mal				
12. Me da miedo que vaya a hacer mal mis tareas del colegio				
13. Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares				
14. De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué				
15. Mi apetito para comer es malo				
16. Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)				
17. Si tengo que dormir solo/a siento miedo				
18. Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres				
19. Me siento con muy poca energía para hacer las cosas				
20. Me preocupa parecer tonto/a ante la gente				
21. Estoy muy cansado/a				
22. Me preocupa que me ocurran cosas malas				
23. Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza				
24. Cuando tengo un problema, mi corazón late bastante rápido				
25. Me resulta muy difícil pensar con claridad				
26. De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber porqué				
27. Me preocupa que me ocurra algo malo				
28. Cuando tengo un problema siento que tiemblo				
29. Siento que no valgo para nada				
30. Me da miedo hacer las cosas mal				
31. Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas malas				
32. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí				
33. Me asusta estar en sitios donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, el patio del colegio)				
34. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué				
35. Me preocupa lo que vaya a ocurrir				
36. De repente, me siento mareado/a o me desmayo sin que exista ninguna razón para ello				

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
37. Pienso en la muerte				
38. Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase				
39. De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué				
40. Me siento como si no tuviera ganas de hacer nada				
41. Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que deba tener miedo				
42. Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar cosas en un orden determinado)				
43. Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente				
44. Tengo que hacer algunas cosas en la manera correcta para que no ocurran cosas malas				
45. Me preocupa tener que ir a la cama por la noche				
46. Sentiría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa				
47. Me siento inquieto/a (intranquilo/a)				

Nota. Clave de corrección: Pueden obtenerse puntuaciones en cada subescala o en la escala total sumando las estimaciones en los ítems correspondientes (Nunca = 0, A veces = 1, A menudo = 2, Siempre = 3). Adaptación española de la versión original de Bruce F. Chorpita (comunicación personal).

39. IPAQ-A

1. Actividad Física en tu tiempo libre: ¿Has hecho alguna de estas actividades en los últimos 7 días (última semana)? Si tu respuesta es sí: ¿cuántas veces las has hecho? (Marca un solo círculo por actividad)

	NO	1-2	3-4	5-6	7 veces o +
Saltar a la comba.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patinar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugar a juegos como el pilla-pilla.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montar en bicicleta.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar (como ejercicio).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Correr/jogging.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aeróbic/spinning.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Natación.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bailar/danza.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bádminton.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rugby.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Montar en monopatin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fútbol/ fútbol sala.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voleibol.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hockey.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baloncesto.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquiar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros deportes de raqueta.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balónmano.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atletismo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Musculación/pesas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artes marciales (judo, karate, ...).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. En los últimos 7 días, durante las clases de educación física, ¿cuántas veces estuviste muy activo durante las clases: jugando intensamente, corriendo, saltando, haciendo lanzamientos? (Señala sólo una)

No hice/hago educación física.....	<input type="radio"/>
Casi nunca.....	<input type="radio"/>
Algunas veces.....	<input type="radio"/>
A menudo.....	<input type="radio"/>
Siempre.....	<input type="radio"/>

3. En los últimos 7 días ¿qué hiciste normalmente a la hora de la comida (antes y después de comer)? (Señala sólo una)

- Estar sentado (hablar, leer, trabajo de clase) ... ☐
 Estar o pasear por los alrededores..... ☐
 Correr o jugar un poco..... ☐
 Correr y jugar bastante..... ☐
 Correr y jugar intensamente todo el tiempo ... ☐

4. En los últimos 7 días, inmediatamente después de la escuela hasta las 6. ¿cuántos días jugaste a algún juego, hiciste deporte o bailes en los que estuvieras muy activo? (Señala sólo una)

- Ninguno..... ☐
 1 vez en la última semana..... ☐
 2-3 veces en la última semana..... ☐
 4 veces en la última semana..... ☐
 5 veces o más en la última semana..... ☐

5. En los últimos 7 días, cuántas días a partir de media tarde (entre las 6 y las 10) hiciste deportes, baile o jugaste a juegos en los que estuvieras muy activo? (Señala sólo una)

- Ninguno..... ☐
 1 vez en la última semana..... ☐
 2-3 veces en la última semana..... ☐
 4 veces en la última semana..... ☐
 5 veces o más en la última semana..... ☐

6. El último fin de semana, ¿cuántas veces hiciste deportes, baile o jugar a juegos en los que estuviste muy activo? (Señala sólo una)

- Ninguno..... ☐
 1 vez en la última semana..... ☐
 2-3 veces en la última semana..... ☐
 4 veces en la última semana..... ☐
 5 veces o más en la última semana..... ☐

7. ¿Cuál de las siguientes frases describen mejor tu última semana? Lee las cinco antes de decidir cuál te describe mejor. (Señala sólo una)

- Todo o la mayoría de mi tiempo libre lo dediqué a actividades que suponen poco esfuerzo físico..... ☐
 Algunas veces (1 o 2 veces) hice actividades físicas en mi tiempo libre (por ejemplo, hacer deportes, correr, nadar, montar en bicicleta, hacer aeróbic)..... ☐
 A menudo (3-4 veces a la semana) hice actividad física en mi tiempo libre..... ☐
 Bastante a menudo (5-6 veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre..... ☐
 Muy a menudo (7 o más veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre..... ☐

8. Señala con qué frecuencia hiciste actividad física para cada día de la semana (como hacer deporte, jugar, bailar o cualquier otra actividad física)

	Ninguna	Poca	Normal	Bastante	Mucha
Lunes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Martes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miércoles.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jueves.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viernes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sábado.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domingo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ¿Estuviste enfermo esta última semana o algo impidió que hicieras normalmente actividades físicas?

- Sí..... ☐
 No..... ☐

Gràcies per participar

Annex 3. Tríptic informatiu pels pares del Programa Promoció de la salut: *Hàbits saludables als infants en situació de pobresa i risc d'exclusió social*

Drets i deures:

Aquí detillem els drets i deures de la part dels pares del programa i de l'infant.

Drets:

- Voler tenir i gaudir.
- Es tindrà en compte els opinions de tots els infants i la seva voluntat a participar.
- Es garantirà la confidencialitat de les dades dades per la salut.
- Es pot abandonar el programa en qualsevol moment, sempre amb pràcticament a l'equip.
- Es disposa de fulls de reclamació i queixes amb anònims.

Deures:

- Protegir les dades personals i relacionades amb l'evolució del programa de manera correcta i veritat.
- Compromís amb la participació als tallers i les activitats organitzades, així com respondre a les enquestes i les sol·licituds.
- Obligació d'informar de canvis de domicili, lloc de treball o d'adreça d'abandonar el programa.

Per més informació podeu trucar o enviar un correu electrònic:
Tel: 977 744 775
Programa.habits.saludables@udl.cat

PROGRAMA PROMOCIÓ DE LA SALUT: HÀBITOS SALUDABLES A LOS NIÑOS EN SITUACIÓN DE POBREZA Y RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Creixem
Sans!!!

PROGRAMA PROMOCIÓ DE LA SALUT: HÀBITOS SALUDABLES A LOS NIÑOS EN SITUACIÓN DE POBREZA Y RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

El treball amb els pares

Enllaç d'informació:
Taller a l'aula i taller a l'aula al Centre

Qui som?

Som un equip investigador ubicats a Balaguer.

A més a més, comptem amb la participació de membres de la seva comunitat, en aquest cas, dos infermeres del seu centre de salut, un educador.

Què pretenem?

En els darrers anys, s'ha sentit la part molt de la pobresa infantil, però no sabem conèixer quin és el percentatge de nens que viuen en aquesta situació?

Per aquesta raó, volem conèixer la nostra població infantil en la comarca de la Noguera del qual en podeu formar part.

Conèixerem el % de nens que viuen en aquesta situació i realitzarem un seguiment de la família per determinar com ho viuen els nens i adolescents i quines són les conseqüències en la seva salut.

També realitzarem tallers per tal de millorar els hàbits saludables en els infants i adolescents, amb l'objectiu de disminuir les conseqüències a curt i llarg termini.

Com ho farem?

El programa consta de tres parts:

1a. Enquesta per conèixer el total de població infantil que es troba en aquesta situació. Aquesta es farà a la Comarca de la Noguera.

2a. La selecció dels a l'aula als participants. Inici dels tallers i de les activitats dirigides als pares i infants.

3a. La 3a part serà una segona i tercera enquesta, la primera passada 2 mesos dels tallers i la segona passada 12 mesos dels tallers. Aquesta última es farà via telefònica o online.

Activitats:

Tallers destinats als pares, nens i adolescents, seleccionats a l'aula i que vulguin participar.

Així com, els primers 30 dies, es realitzaran sessions amb cada unitat familiar, per tal de que cada família obtingui al màxim de benefici i les seves necessitats aspectes rellevants dins la unitat familiar.

Quin objectiu tenen les activitats?

Pretenem facilitar coneixement i recursos en l'adquisició dels hàbits saludables.

Aquestes sessions dirigides per grups d'edat per abordar diferents hàbits i utilitzar tècniques adequades a cada grup d'edat.

Activitats i temps

Quil participi	De què parlem	Temps
Nens	Higiene, alimentació, hàbits saludables, estimulació cognitiva, comunicació	2h
Adolescents	Sexualitat, higiene, dissonància, hàbits saludables, comunicació	2h
Pares i famílies	Alimentació, comunicació, hàbits saludables, comunicació, comunicació	2h
Pares i famílies	Alimentació, comunicació, hàbits saludables, comunicació, comunicació	2h
Pares i famílies	Alimentació, comunicació, hàbits saludables, comunicació, comunicació	2h

Les dies i hores es definiran un cop es formi als grups.

Les activitats es realitzaran en un establiment del municipi.

Annex 4. Full informatiu dels Drets i Deures

Tot i haver-los informat verbalment, li facilitem aquesta taula en la qual s'exposen els drets i deures de la seva família en la participació de l'estudi i del programa.

Drets

Caràcter voluntari i gratuït.

Estar informats verbal i escrit dels tallers/sessions i activitats que es realitzin així com del contingut d'aquest.

Dret dels infants menors de 12 anys a ser escoltats en la voluntat de formar part a l'estudi.

Dret dels infants majors de 12 a expressar la seva conformitat o disconformitat a la participació de l'estudi, el seu dret té el mateix valor que els tutors o pares.

Poden abandonar-lo quan vulguin, sempre avisant prèviament als professionals.

Confidencialitat de totes les seves dades personals, evitant que passin a terceres persones sense el seu consentiment.

Disposició d'expressió de disconformitat dels pares i/o del nen en qualsevol moment del programa.

Disposició de fulls de queixa i reclamació davant l'atenció o vulnerabilitat dels drets anteriors descrits.

Dret a què es respecti les seves creences, valors ideològiques, religioses i ètniques.

Deures

- Deure de facilitar amb veracitat i segons la llei, les dades d'identificació i personals necessàries per la realització de l'estudi.
- Compliment de les enquestes i entrevistes per fer efectiva l'avaluació del programa.
- Obligatorietat de la comunicació de canvi de domicili o abandonament del programa.
- Compromís en seguir les pautes dels professionals i complir en les jornades descrites.

Si té qualsevol dubte, no dubti en preguntar-ho l'equip.

Annex 5. Full informatiu i consentiment informat pels pares

Full Informatiu a la participació de l'estudi per valorar l'efectivitat del Programa

Davant els nous canvis en la situació econòmica actual, ens preocupa el desenvolupament i les prestacions que reben els infants de la nostra comarca, fet que altera les seves necessitats en salut i atencions.

El present estudi pretén valorar el Programa Promoció de la salut: Hàbits saludables en població infantil en situació de pobres i risc d'exclusió social. Aquests dirigit per sota l'equip investigador i amb la col·laboració de les entitats públiques municipals i àrees bàsiques de salut tenen l'objectiu de descriure l'afectació de la crisi econòmica en els infants, en relació a la pobresa absoluta i relativa, així com, avaluar l'efectivitat de la intervenció del programa per augmentar els coneixements dels infants i de les seves famílies en educació sanitària i recursos per reduir les conseqüències d'aquestes a curt i llarg termini sobre la seva salut.

El programa es basarà en realitzar diferents sessions i tallers, individuals i conjunts amb altres famílies del municipi en la mateixa condició, dirigides a l'educació sanitària, recursos socials i educació. Serà necessari l'assistència a les sessions i la participació en l'avaluació mitjançant enquestes que els hi proporcionaran els professionals. Se'ls facilitarà un tríptic informatiu amb les hores i activitats que es realitzaran.

Donat que per l'avaluació de l'efectivitat del programa i descripció de la situació de la població serà necessari ser coneixedors de determinades dades personals dels membres de la família, sent aquestes dades econòmiques, dades personals, dades referents a l'habitatge i hàbits en salut. Davant aquesta necessitat l'equip i l'organització, sota la Llei 41/2002, del 15 de desembre, Bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, es garanteix el dret de la voluntarietat en la participació, el dret a rebre la informació necessària i a la confidencialitat de les dades.

Respectant aquesta Llei, li informem que les seves dades seran protegides davant a terceres persones sense el seu consentiment previ, en què l'únic que s'extraurà d'aquestes són dades estadístiques i numèriques destinades a l'avaluació del programa i descripció de poblacional infantil de la comarca de la Noguera. De manera que poden arribar a ser utilitzats en les

publicacions científiques i revistes. Simultàniament, les seves dades estaran protegides, sota la codificació i mesures de seguretat estrictes a fi d'evitar que se'ls pugui identificar.

En cas que decideixi la seva família deixar de formar part de l'estudi, la informació serà degudament eliminada, deixant de formar part de les dades posteriorment publicades i sense cap repercussió en la seva atenció assistencial mèdica.

Full de consentiment informat tutors/pares

Aquests full recull la voluntarietat de formar part de l'estudi i participació en el Programa *Promoció de la salut: Hàbits saludables en població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social* dirigit sota l'equip investigador i en col·laboració amb els serveis públics d'atenció primària, l'ajuntament, escola/institut del seu municipi.

El professional ens ha explicat verbalment i en possessió el full informatiu, en què consisteix l'estudi, quines són les dades que utilitzen, com es garanteix la nostra confidencialitat, en què es basa el programa i com hem de participar-hi. A més a més, ens han descrit de manera verbal i per escrita els nostres deures i drets com a pres i els deures i drets dels nostres fills com a participants en aquests.

Per tant, com a pare i mare o en el seu cas tutors legals del infant/s, sent aquest menor de 12 anys d'edat, entenem les dades sol·licitades, l'objectiu d'aquestes i accedim voluntàriament a formar part del programa.

DADES DELS PARES O TUTORS LEGALS DELS INFANTS:

Nom i cognom del pare:

DNI/NIF:

Nom i cognom de la mare:

DNI/NIF:

Nom i cognom del/s infant/s:

Direcció:

Telèfon de contacte:

Firma pare/ tutor legal:

Firma mare/tutor legal:

A , dia de

Annex 6. Full informatiu i de consentiment infants i majors de 12 anys

Full informatiu i de consentiment informat als infants i adolescents

Davant els nous canvis en la situació econòmica actual, ens preocupa que el desenvolupament i els Drets del Nens es compleixin correctament.

Per tant, l'estudi del qual se't ofereix formar part consisteix en estudiar quines són les necessitats que poden estar alterades com l'alimentació, les activitats lúdiques, les facilitats per fer esport, per participar en activitats escolars entre d'altres. Per aquesta raó, us passarem una enquesta al inici, durant la primera entrevista.

A més a més, entraràs a forma part amb la teva família d'un Programa en que es realitzaran tallers i activitats per millorar les necessitats. Com també volem conèixer que n'has extret de les activitats i tallers farem dos enquestes, no massa extenses, per a tu i la teva família. La primera un cop acabats els tallers i la tercera després d'un any, que la podreu fer per Internet via correu electrònic o per telèfon.

Totes les activitats i tallers que es realitzaran són gratuïts i es considera voluntària la participació a l'estudi i el programa. Tot i això, necessitem un mínim del 80% de l'assistència de les activitats i el compliment de les enquestes perquè els investigadors puguin extreure dades estadístiques de tot el treball realitzat i poder publicar-ho en les revistes públiques considerades d'interès.

Creiem convenient que coneguis el Programa de les activitats que es realitzaran i et donem un tríptic en què s'expliquen. També, recordar-te que les teves dades personals com el nom i cognoms o lloc on vius no es faran públics en cap moment.

Full de consentiment informat dels infants i adolescents

Aquests document recull la teva voluntat a formar part de l'estudi i del Programa de *Promoció de la salut: Hàbits saludables en població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social*.

Confirmo que els professionals m'han explicat tan per paraules com per escrit, què és l'estudi que volen fer, què és el Programa de *Promoció de la salut: Hàbits saludables en població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social* i com he de participar.

A més a més, m'han explicat quins són els meus Drets i els meus Deures en la participació de l'estudi i del Programa, així com, l'ús que en faran de les dades extretes de els enquestes i de les meves dades personals.

Per tant, accepto voluntàriament a formar part de l'estudi i Programa de *Promoció de la salut: Hàbits saludables en població infantil en situació de pobresa i risc d'exclusió social*.

Nom:

Cognom:

Fill/a de:

Edat:

Firma:

A _____, de _____ 201